

ISSN 1561-0217



مجلة

المجلس العربي للاختصاصات الطبية



مجلة طبية فصلية محكمة تعنى بكافة الاختصاصات الطبية

مجلد (1) عدد (1) شهر (1) 1999 م - شوال 1419 هـ

للدعاية الطبية : الاتصال بملتب المجلة
في المجلس العربي للاختصاصات الطبية



مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية

مجلة طبية دورية علمية تعنى بكافة الاختصاصات (الطبية)
تصدر كل ثلاثة أشهر

هيئة الإشراف العام

رئيس الهيئة العليا للمجلس العربي للاختصاصات الطبية
الأستاذ الدكتور فيصل رضي الموسوي - وزير الصحة/البحرين

أمين صندوق المجلس العربي للاختصاصات الطبية
الأستاذ الدكتور محمد إياد الشطي - وزير الصحة/ سورية

نائب رئيس الهيئة العليا للمجلس العربي للاختصاصات الطبية
الأستاذ الدكتور اسماعيل عوض الله سلام - وزير الصحة/ مصر

رئيس هيئة التحرير

الأستاذ الدكتور مفيد الجوخدار
الأمين العام للمجلس العربي للاختصاصات الطبية

نائب رئيس هيئة التحرير

الأستاذة الدكتورة رائدة الخاني

المستشار الإداري

الأستاذ صادق خباز

سكرتارية التحرير

منى غراوي

لمى طرابلسي

مستشار التحرير

الدكتورة كارول فورسايت هيوز

سوزانا الكيلاني

هيئة التحرير

رئيس المجلس العلمي لاختصاص الأمراض الجلدية

الأستاذ الدكتور عبد الوهاب الفوزان/ الكويت

رئيس المجلس العلمي لاختصاص التخدير والعناية المركزة

الأستاذ الدكتور محمد طه الجاسر/ سورية

رئيس المجلس العلمي لاختصاص طب العيون

الأستاذ الدكتور أحمد عبد الله أحمد/ البحرين

رئيس المجلس العلمي لاختصاص الطب النفسي

الأستاذ الدكتور علي مطر/ البحرين

رئيس المجلس العلمي لاختصاص الأنف والأذن والحنجرة

الأستاذ الدكتور مجدي حامد عبده/ مصر

رئيس المجلس العلمي لاختصاص طب الأطفال

الأستاذ الدكتور هاني مرتضى/ سورية

رئيس المجلس العلمي لاختصاص الولادة وأمراض النساء

الأستاذ الدكتور كرم كرم - وزير الصحة/ لبنان

رئيس المجلس العلمي لاختصاص الأمراض الباطنة

الأستاذ الدكتور مشهور النزهة/ السعودية

رئيس المجلس العلمي لاختصاص الجراحة

الأستاذ الدكتور عبد الرمحمت البنيان/ السعودية

رئيس المجلس العلمي لاختصاص طب الأسرة والمجتمع

الأستاذ الدكتور شوقي عبد الله أميت/ البحرين

رئيس المجلس العلمي لاختصاص جراحة الفم والوجه والفكين

الأستاذ الدكتور منار طنطاوي / سورية

- **مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية** هي مجلة طبية دورية تصدر كل ثلاثة أشهر، تعنى بكافة الاختصاصات (الطبية)، تهدف إلى نشر أبحاث الأطباء العرب لتقوية التبادل العلمي الطبي العربي، وكذلك نشر أخبار ونشاطات المجلس العربي للاختصاصات الطبية. تقبل المجلة للأبحاث الأصلية **Original Articles**، والدراسات في الأدب الطبي **Review Articles**، وتقارير عن الحالات (الطبية) الهامة **Case Reports**، وذلك بإحدى اللغتين العربية أو الإنكليزية مع ملخص مرتق باللغة الأخرى، كما تقبل رسائل إلى المحرر عن المواضيع والملاحظات (الطبية).

تقوم المجلة أيضا بنشر ملخصات منتقاة من المقالات (الطبية) المهمة المنشورة في المجلات العلمية والطبية الأخرى، وذلك باللغة العربية، بهدف تسهيل إيصالها إلى الطبيب العربي.

تخضع مقالات المجلة للجنة تحكيم اختصاصية مؤلفة أساسا من السادة الأساتذة الأطباء أعضاء المجالس العلمية للاختصاصات (الطبية)، وبمشاركتهم أساتذة الجامعات والاختصاصيين في كافة البلاد العربية.

- ترسل كافة المراسلات إلى العنوان التالي:

مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية

المجلس العربي للاختصاصات الطبية - المزة - شارع الجرش - ص.ب ٧٦٦٩

دمشق - الجمهورية العربية السورية

هاتف ٦١١٩٢٤٩ - ٦١١٩٧٤٢ فاكس ٦١١٩٢٥٩ - ٦١١٩٧٣٩

اختصاص طب الأطفال

1. د. عبد الكريم القضاة (1)
2. د. سمير غالب الفاغوري (1)
3. د. محمد قتلة الرواشدة (1)
4. د. محمود فتح الله (2)
5. د. يوسف محمد عبد الرزاق (2)
6. د. أكبر محسن محمد (3)
7. د. عبد الجبار العباسي (3)
8. د. عبد الحسن السويلم (5)
9. د. عبد الرحمن صالح الفريخ (5)
10. د. عبد اللطيف الفرائضي (5)
11. د. محمد يونس يعقوب جان (5)
12. د. جعفر بن عوف (6)
13. د. محمد سر الهمتم عبد السلام (6)
14. د. متولي عبد المجيد (6)
15. د. أديب مطر (7)
16. د. زياد شويكي (7)
17. د. هشام عبد المجيد حوراني (7)
18. د. إبراهيم جبار الناصر (8)
19. د. عبد الفتحي زغير الراوي (8)
20. د. حسام الدين الجرموكلي (8)
21. د. نجم الدين الورزناجي (8)
22. د. صالح بن محمد الخصيصي (9)
23. د. غالية محمد آل ثاني (9)
24. د. قصي عبد اللطيف الصالح (11)
25. د. منيب حلواني (12)
26. د. محمد ميقاتي (12)
27. د. كارول أكاتشاريان (12)
28. د. عبد المطلب علي بن موسى (13)
29. د. أمصيدة حسن أمصيدة (13)
30. د. عبد اللطيف شعبان (13)
31. د. جيلان عبد الحميد عثمان (14)
32. د. علي منصور سعيد الشافعي (16)

اختصاص الأمراض الباطنة

1. د. مصطفى الشناق (1)
2. د. منيب سليمان أيوب (1)
3. د. علي أكبر مراد (3)
4. د. الهادي بن ميمز (4)
5. د. البشير المكنيني (4)
6. د. سراج عبد الفتحي ميرة (5)
7. د. حسن يوسف الإدريسي (5)
8. د. إبراهيم الطعيمي (5)
9. د. محمد سراج البشر (6)
10. د. عثمان خلف الله سعيد (6)
11. د. الجزولي دفع الله (6)
12. د. مكي الأزهرى (6)
13. د. سلوى الشيخ (7)
14. د. ليون فهدى (7)
15. د. علي سعدة (7)
16. د. علي درويش (7)
17. د. زياد درويش (7)
18. د. مازن مصري زادة (7)
19. د. نبيل عسة (7)
20. د. رافع محمد خليل الراوي (8)
21. د. سركيس كريكورستراك (8)
22. د. خالد عبد الله (8)
23. د. قصي جمال الخياط (8)
24. د. غازي بن عمر الزبيدي (9)
25. د. بزدوي محمد الريامي (9)
26. د. سعد الكعبي (10)
27. د. باسل التقيب (11)
28. د. نبيل شمس الدين (12)
29. د. سمير عطوي (12)
30. د. غادة الحاج (12)
31. د. سمير ملاط (12)
32. د. روبر شاهين (12)
33. د. أنيس الفرياني (13)
34. د. صلاح الدين الستوسي قريو (13)
35. د. الطاهر الشفح (13)
36. د. عصام محمد سليمان خضر (14)
37. د. عبد الله بناني (15)

اختصاص الولادة وأمراض النساء

1. د. عبد الله عيسى (1)
2. د. عارف بطاينة (1)
3. د. مكرم فرح اسحق (1)
4. د. مأمون شقفة (2)
5. د. عفاف الشافعي (3)
6. د. هالة الشلي (4)
7. د. عبد العزيز المشاري (5)
8. د. محمد هشام السباعي (5)
9. د. عبد الله ياسلما (5)
10. د. عبيد حمد مرزوق الحربي (5)
11. د. القوتي عبد الرحيم (6)
12. د. هاشم عبد الرحمن (6)
13. د. عمر احمد ميرغني (6)
14. د. محمد احمد ابو سلب (6)
15. د. محمد انور الفزا (7)
16. د. صلاح شيخة (7)
17. د. بشير ناصيف (7)
18. د. احمد حسن يوسف (7)
19. د. ابراهيم حقي (7)
20. د. قيس عبد الحميد كبة (8)
21. د. سمر خوند (8)
22. د. نوال بهجت قطان (8)
23. د. ندى صالح الامين (8)
24. د. سعدية بن عامر سلطان (9)
25. د. عدنان عصام عبد القادر (10)
26. د. عبد الرزاق العدواني (11)
27. د. جوزيف عيود (12)
28. د. فسان الحاج (13)
29. د. مبروكة القتي (13)
30. د. أبو عجيبة عكرة (13)
31. د. ابراهيم أحمد المنتصر (13)
32. د. علي عليان خلف الله (14)
33. د. عبد الحميد بدوي (14)
34. د. محمد رأفت الشافعي (14)
35. د. أحمد حاتم عسقلاني (14)
36. د. شمس محمد مساح (16)

اختصاص الجراحة

1. د. ابراهيم بني هاني (1)
2. د. مازن محمد سعيد نصير (1)
3. د. أحمد شيخ سروجية (1)
4. د. السيد جعفر آل شرف (2)
5. د. عبد الوهاب محمد عبد الوهاب (3)
6. د. محمد توفيق هويصة (4)
7. د. ياسر صالح جمال (5)
8. د. مساعد بن محمد السلطان (5)
9. د. تاييف ابراهيم العواد (5)
10. د. عدنان مفتي (5)
11. د. محمد المكي أحمد عبد الله (6)
12. د. حسن خلف الله (6)
13. د. عثمان طه محمد عثمان (6)
14. د. عبد الناصر مساعد (6)
15. د. عبد الوهاب إمام (7)
16. د. محمد معاوية عبد الهادي (7)
17. د. عمر المأمون (7)
18. د. محمد فوزي الشامي (7)
19. د. محمد زكي الشماع (7)
20. د. محمد الشامي (7)
21. د. معد محمود سلمان (8)
22. د. سهيل عبد الرحمن صالح (8)
23. د. هشام محمد رؤوف الدوري (8)
24. د. سنان حسن مكي (8)
25. د. محمد علي جعفر اللواتي (9)
26. د. محمد علي الحرمي (10)
27. د. عبد الله عيسى بيهاني (11)
28. د. محمد سعد المنيع (11)
29. د. بدير فرح (12)
30. د. جابر محمود شوكت العباس (12)

1. د. كمال حمادة (12)
2. د. جان عبد النور (42)
3. د. احتشوت فرح احتشوت (13)
4. د. الصادق احمد مخلوف (13)
5. د. عبد الهادي موسى (13)
6. د. احمد سامح همام (14)
7. د. أحمد فوزي بهنسي (14)
8. د. ابراهيم ابو الفتوح سعيد (14)
9. د. حسن الظاهر حسن (14)
10. د. علي الماعوني (15)
11. د. عزاز السعدي (16)
12. د. عبد الله علي الحريبي (16)

اختصاص طب الأسرة والمجتمع

1. د. سعد حجازي (1)
2. د. عدنان عباس (1)
3. د. فاروق الشخاترة (1)
4. د. عبد القفار محمد الهاوي (2)
5. د. فيصل عبد اللطيف الناصر (2)
6. د. نور الدين عاشور (4)
7. د. يعقوب يوسف المزروع (5)
8. د. جمال صالح جار الله (5)
9. د. بهاء أبا الخيل (5)
10. د. عدنان بن أحمد البار (5)
11. د. كامل ميرغني (6)
12. د. الصادق محبوب الطيب (6)
13. د. عباس مختار (6)
14. د. أحمد ديب داشاش (7)
15. د. محمد سعيد الصواف (7)
16. د. صباح عبد الله العبيدي (8)
17. د. صميم الدباغ (8)
18. د. امجد نيازي (8)
19. د. قيس ظاهر حبيب (8)
20. د. علي جعفر محمد (9)
21. د. يوسف غلوم ابو الفين (10)
22. د. منصور صرخوخ (11)
23. د. مصطفى خوجلي (12)
24. د. نديم كرم (12)
25. د. حسان عواضة (12)
26. د. محمد محمد البكوش (13)
27. د. محمد صالح معافى (13)
28. د. عمر السوداني (13)
29. د. شفيقة صالح حسن ناصر (14)
30. د. ناهد كامل (14)
31. د. فتكري ابراهيم نور الدين (15)
32. د. جاي جاود (15)
33. د. ادريسي عبد السلام (15)
34. د. عبد الله سعيد حطاب يا حطاب (16)
35. د. علي محمد الصبري (16)

اختصاص الطب النفسي

1. د. جلال قردن (1)
2. د. نظام أبو حجلة (1)
3. د. توفيق درادكة (2)
4. د. محمد فخر الدين الحفاني (4)
5. د. عبد الله السبيعي (5)
6. د. عبد العال الإدريسي (6)
7. د. طه بعشر (6)
8. د. ضياء الدين الجيلي أبو بكر (6)
9. د. وليد همام (7)
10. د. حنا خوري (7)
11. د. عبد المتاف ماقلي الجادري (8)
12. د. رياض عبد الرزاق العزاوي (8)
13. د. طارق خماس (8)
14. د. سالم محمد المناعي (10)
15. د. منير الخاني (12)
16. د. شاول فؤاد بدورة (12)
17. د. فؤاد أنطون (12)
18. د. يحيى الرخاوي (14)
19. د. سهام الراشد (14)
20. د. محمد شرف (1)

اختصاص الأمراض الجلدية

1. د. يوسف الضامن (1)
2. د. ابراهيم كلداري (2)
3. د. خليل ابراهيم العريض (3)
4. د. عبد الله حسن الاراياني (16)
5. د. محمد رضا كمون (4)
6. د. عبد الرؤوف عمر عبد ربه (5)
7. د. عمر عبد العزيز آل الشيخ (5)
8. د. أحمد سالم عبد الله المهندس (5)
9. د. عثمان محمد أحمد طه (6)
10. د. بشرى عمر أحمد (6)
11. د. خليفة صديق علوب (6)
12. د. صالح داود (7)
13. د. أسامة الحاج حسين (7)
14. د. هراج بلاياي (7)
15. د. حميد سليمان (7)
16. د. حيدر أحمد عنبر (8)
17. د. زهير عجام (8)
18. د. بشار شاكر مجيد (8)
19. د. نهي ذنون القصيمي (8)
20. د. عبد الرؤوف السويد (9)
21. د. حسن علي العبد الله (10)
22. د. قاسم عبد اللطيف الصالح (11)
23. د. علي السيف (11)
24. د. عبد الفتحي الكبي (12)
25. د. رولان طنط (12)
26. د. محمد صديق بن غزيل (13)
27. د. محمد سليمان بالاحاج (13)
28. د. عصام أحمد ساس (13)
29. د. محمد ابراهيم الزرقاني (14)

اختصاص التخدير والعناية المركزة

1. د. ازدياد بدران (1)
2. د. عبد العزيز عمرو (1)
3. د. عبد الجليل الكوهجي (3)
4. د. محمد عبد الله سراج (5)
5. د. ظافر الخضيرى (5)
6. د. سامي المزوقي (5)
7. د. علي أحمد سلامة (6)
8. د. الطاهر فضل محمود (6)
9. د. كمال الحسن الميشر (6)
10. د. محمد عبد الله دعد (7)
11. د. برهان العايد (7)
12. د. فيصل العساف (7)
13. د. بسام عبد الوهاب البرزنجي (8)
14. د. محسن طاهر فيصل الركابي (8)
15. د. عبد الرحيم القطان (11)
16. د. حسين عبد الفتاح (11)
17. د. موسى المعلم (12)
18. د. أنيس بركة (12)
19. د. ماري كليز انطاكي (12)
20. د. جوزيف بشارة (12)
21. د. عبد المجيد محمود طه (14)
22. د. محمد حامد شاكر محمود (14)
23. د. محمد السعيد البكري (14)

اختصاص طب الميراث

1. د. ناهد ابراهيم سرحان (1)
2. د. فسان الجيوسي (1)
3. د. محمود السالم (1)
4. د. أمال الوتاني (4)
5. د. خالد طيارة (5)
6. د. علي محمود أحمد السيدي (5)
7. د. مبارك بن هنادل فاران (5)
8. د. عبد الرحمن الغديان (5)
9. د. كامل محمد عبد الله (6)
10. د. تاج الدين عبد اللطيف (6)
11. د. سر الهمتم عمر ثابت (6)
12. د. الهادي أحمد الشيخ (6)
13. د. جوزيف قنوح (7)
14. د. رضا سعيد (7)
15. د. أزوي العظيمة (7)
16. د. معيد عبد الحميد الخشن (8)

1. د. عبد الحسين جمعة اللواتي (9)
2. د. فهد التحطاني (10)
3. د. عبد الله ابراهيم عبد الرزاق (11)
4. د. بهاء نور الدين (12)
5. د. أنطون خوري (12)
6. د. ادوارد عيود (12)
7. د. نور الدين الشيشكو (13)
8. د. سعد الفيتوري (13)
9. د. منصور عيسى بن عامر (13)

اختصاص الأذن والأنف والحنجرة

1. د. مصطفى المعايطة (1)
2. د. محمد أحمد ابراهيم العمري (1)
3. د. أحمد جاسم جمال (3)
4. د. عبد القادر الخديم (4)
5. د. عبد المنعم الشيخ (5)
6. د. فؤاد مصطفى زهران (5)
7. د. عوض مرعي السرحاني (5)
8. د. أبو القاسم الهادي (6)
9. د. عثمان محمد مصطفى (6)
10. د. غازي محمد نور (6)
11. د. أكرم الحجاج (7)
12. د. فيصل دبسي (7)
13. د. عبد الحليم طيبا (7)
14. د. عبد الرزاق اليوسفي (7)
15. د. عادل مهدي المنصوري (8)
16. د. نافع شهاب (8)
17. د. محمد الموسوي (8)
18. د. مازن جواد جعفر الخابوري (9)
19. د. ناجي كمال ناجي (10)
20. د. أنطوان سعيد هرموش (12)
21. د. نبيل فليحان (12)
22. د. صلاح منصور (12)
23. د. ابراهيم الشريف (13)
24. د. محمد شفيق خليفة (14)
25. د. دلاء حسين أبو شليب (14)
26. د. حسين محمد سالم نصر (14)
27. د. محمد فارح العزيزي (16)

اختصاص جراحة الفم والوجه والفكين

1. د. غازي بقاعين (1)
2. د. رياض بقاعين (1)
3. د. خالد عبد الله الرحيمي (5)
4. د. عمر فايز شهاب (5)
5. د. النور ابراهيم البشير (6)
6. د. كامل عباس صالح (6)
7. د. عبد الإله طليعات (7)
8. د. محمد سبيع العرب (7)
9. د. محمد الاسماعيل (9)
10. د. عبد العزيز درويش (10)
11. د. أنطوان خوري (12)
12. د. محمود خالد المس (12)
13. د. حسن عادل بدران (14)
14. د. ابراهيم محمد زيتون (14)

1. المملكة الأردنية الهاشمية
2. الامارات العربية المتحدة
3. دولة البحرين
4. الجمهورية التونسية
5. المملكة العربية السعودية
6. جمهورية السودان
7. الجمهورية العربية السورية
8. جمهورية العراق
9. سلطنة عمان
10. دولة قطر
11. دولة الكويت
12. الجمهورية اللبنانية
13. الجماهيرية الليبية العظمى
14. جمهورية مصر العربية
15. المملكة المغربية
16. الجمهورية اليمنية

دليل النشر في مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية

يتبع النشر في المجلة الخطوط العامة للنشر الواردة في

Uniform Requirements For Manuscripts Submitted To Biomedical Journals,
by the International Committee of Medical Journal Editors .

- يرسل المقال مطبوعاً على ورق أبيض صقيل قياس A4 مع هوامش 2.5 سم على الأقل.
- الطباعة بخط واضح مقروء قياس 12-14 (يفضل خط النسخ)، مع الكتابة على وجه واحد من الورقة ومسافة مضاعفة بين الأسطر.
- يفضل إرسال المقال مطبوعاً بواسطة الكمبيوتر، مع إرساله منسوخاً على قرص مرن (IBM compatible).
- إرسال أربع نسخ من كل مقال (إحداها على الأقل أصلية).
- تقبل المقالات بإحدى اللغتين العربية أو الإنكليزية.
- اسم مؤلف المقال، العنوان، والملخص، ترسل باللغتين العربية والإنكليزية.
- في المقالات المرسلة باللغة العربية يجب أن تكون المصطلحات العلمية مطابقة لما ورد في المعجم الطبي الموحد، مع ذكر ترجمة المصطلح باللغة الإنكليزية أو اللاتينية.
- يتضمن المقال: ملخصاً، مقدمة، طريقة ومادة الدراسة، النتائج، المناقشة والاستنتاج، الخلاصة (المحصلة) والمراجع.
- ترسل على ورقة مستقلة كل من:
 - 1- صفحة العنوان (باللغة العربية والإنكليزية): عليها اسم المقال، واسم الباحث (أو الباحثين)، صفتهم العلمية (أعلى صفة علمية لهم)، وعنوان المراسلة.
 - 2- الملخص (باللغتين العربية والإنكليزية): لا تتجاوز صفحة واحدة لكل منها
 - 3- المراجع: تذكر حسب ترتيب ورودها في النص (يذكر رقم المرجع فقط ضمن النص).
 - لا تقبل المحاضرات الشخصية أو المقالات غير المنشورة كمراجع، ويقبل ما هو تحت الطباعة.
 - 4- المخططات و الجداول الإيضاحية يرسل كل منها على ورقة مستقلة
 - 5- الصور الإيضاحية: لا يتجاوز قياسها 254 × 203 ملم = 10 × 8 انش، وذات نوعية جيدة.
- المقالات الأصلية Original Articles: لا تتجاوز 10 صفحات (مع المراجع وبمسافة مضاعفة بين الأسطر).
- دراسات الأدب الطبي Review Articles: لا تتجاوز 14 صفحة (مع المراجع وبمسافة مضاعفة بين الأسطر).
- تقارير الحالات الطبية Case Reports: لا تتجاوز 3 صفحات (مع المراجع وبمسافة مضاعفة بين الأسطر).
- ملخصات المواضيع المنتقاة من المقالات المنشورة في المجلات العلمية ترسل باللغة العربية، مع إرسال النص الأساسي معها، ويشترط أن تكون حديثة النشر.
- تستعمل الأرقام العربية (3.2.1.....)
- لا تقبل المقالات الكاملة التي سبق نشرها في مجلة أخرى.



مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية

مجلة طبية دورية علمية تعنى بكتافة الاختصاصات الطبية

تصدر كل ثلاث أشهر

محتويات العدد

8	معالي الأستاذ الدكتور فيصل رضي الموسوي وزير الصحة - دولة البحرين، رئيس الهيئة العليا للمجلس العربي للاختصاصات الطبية.....	افتتاحية
10	معالي الأستاذ الدكتور اسماعيل سلام وزير الصحة - جمهورية مصر العربية، نائب رئيس الهيئة العليا للمجلس العربي للاختصاصات الطبية.....	
11	معالي الأستاذ الدكتور محمد إياد الشطي وزير الصحة - الجمهورية العربية السورية، أمين صندوق المجلس العربي للاختصاصات الطبية.....	
12	الأستاذ الدكتور مفيد الجوخدار رئيس هيئة التحرير، الأمين العام للمجلس العربي للاختصاصات الطبية.....	كلمة التحرير
14	د. رائدة الخاني القيمة التشخيصية للربو الخلوي بالابرة الدقيقة FNA : خبرة ٩٠٤ حالة مع دراسة نسيجية مقارنة.....	مواضيع أصيلة
29	د. أحمد عبد الله محمداني، د. الطيب عبد الرحمن علي، د. عثمان خلف الله سعيد، د. أحمد الأمين الشيخ انفجار الطحال التلقائي والمalaria المنجلية في وسط السودان: تقرير عن ٩ حالات مع مراجعة الأدب الطبي.....	
36	د. رمزي مشرفية، د. بشارة عطية نقل الأنسجة الحر بواسطة الجراحة المجهرية لترميم الطرف السفلي.....	
45	د. سمير العاقل، د. غطاس خوري، د. سعيد صاغية، د. غازي زعتري، د. سمر جبور تقبل قلم نوفو للحقن في مرضى الداء السكري غير المعتمد على الانسولين: دراسة عشوائية متعددة المراكز.....	
50	د. مصطفى الشناق، د. عبد الكريم خودة، د. علي ميشال، د. أحمد خير، د. منيرة العروج، د. عبد الله التاخي رتج ميكال : مطالعة جديدة.....	
54	د. روبر شاهين تبدل النظرة الفيزيولوجية للأمراضية لقصور القلب الاحتقاني.....	دراسات في الأدب الطبي
57	د. مظهر شلتوت المظاهر النفسية للإصابة بفيروس نقص المناعة.....	
61	د. مأمون شقفة علم الأجنة في القرآن والحديث.....	الدين و الطب
63	د. هشام الدوري استعمال الراسب القري المختر لاستخراج حصيات القناة الجامعة المستعصية.....	تقرير حالة طبية
64	المستشفيات عند العرب.....	من تراثنا الطبي
65	ملخصات طبية مختارة.....	ملخصات طبية مختارة
85	أخبار وأنشطة المجلس العربي للاختصاصات الطبية.....	أخبار وأنشطة المجلس العربي للاختصاصات الطبية



المجلة العلمية للمجلس العربي للاختصاصات الطبية

الأستاذ الدكتور فيصل رضي الموسوي

وزير الصحة - دولة البحرين

رئيس الهيئة العليا للمجلس العربي للاختصاصات الطبية

بسم الله الرحمن الرحيم

على الملأ بأخباره ومؤتمراته و منتدياته العلمية في العالم العربي ، بالإضافة إلى مواعيد الامتحانات ومقارها ، وغير ذلك مما يدخل في دائرة اهتمامات المتلقي الكريم.

لقد تمكن المجلس العربي للاختصاصات الطبية منذ إنشائه من تحقيق العديد من آمال وزراء الصحة العرب ، بخاصة تحقيق التعارف والتقارب بين الأطباء العرب ، وساعد على رفع مستويات التعليم والتدريب في الدول العربية ، ولعل المستفيد الأول من هذه البرامج هو الطبيب العربي والمواطن العربي بصفة خاصة ، حيث أصبح لدينا مكان لتدريب الطبيب العربي في بلاده ، بدلا من تبادل خبراته مع مراكز أجنبية قد تضن عليه ، غالبا ، بالخبرة والتدريب الكافيين ، وحيث تضع استغلال خبراته المتنامية لصالحها في مقدمة أهدافها ، وحيث يأتي تدريبه هناك كهدف ثانوي لهذه المؤسسات.

ومن هنا ، لاغرو من قناعتنا جميعاً ، بأن المجلس العربي للاختصاصات الطبية قد حقق حلماً كبيراً طالما راود الأطباء العرب ، وهو وجود برنامج محوري للتدريب ، تكون شهادته موضع التقدير الأسمى من الجميع ، والشهادة الأرفع للطبيب العربي ، طبقاً لما جاء في العديد من قرارات مجلس وزراء الصحة العرب . ولعل دعوة المجلس العربي لمتحنيين خارجيين من الكلية الملكية بالمملكة المتحدة والمجلس الطبي الأمريكي و المجلس الطبي الكندي للاشتراك في لجان الامتحانات ، وإشادة

جاءت المجلة العلمية للمجلس العربي للاختصاصات الطبية تحقيقاً لحلم طال انتظاره ، لتكون منبرا علميا تنطلق منه أبحاث أهل العلم و دراساتهم ووقائع تجاربهم الفنية ، وإطلالة مشرقة لعلمائنا وأطبائنا العرب على مختلف أرجاء وطننا العربي بصفة خاصة ، وعلى العالم أجمع بصفة عامة . ولا شك أن هذه المجلة الفتية ، بما يميزها من خصائص علمية وفنية محكمة ، وبما تسهم به في تقدم العلوم الطبية والصحية في عالمنا العربي ، وبمساييرتها ركب النهضة العلمية العربية الشاملة ودعمها التوجه إلى الترابط العلمي والطبي المتنامي لدى الشعب العربي ، تعتبر بكل هذا وبكافة المقاييس لبنة أساسية في صرح علمي عريق هو المجلس العربي للاختصاصات الطبية ، الذي قطع القائمون بأموره على أنفسهم عهداً ببذل أسخى الجهد وأكرم العطاء لإزاحة ما علق من غبار على بعض جوانب تاريخنا الحضاري ، وليسترجع الطبيب العربي مكانته الطبيعية ، التي تبوأها عن استحقاق وجدارة أجداده الأولون . وإن كل المعطيات والقرائن تؤكد كون هذه المجلة رافدا يعزز تلك التوجهات النبيلة إذ ستكون ركيزة أساسية لنشر العلم والمعرفة ، ووسيلة رئيسية لتبادل المعلومات بين الإخوة الزملاء في مختلف أرجاء الوطن العربي ، وساحة لعرض وتدارس نتائج البحوث العلمية التي يقوم بها الأطباء العرب من خريجي برنامج المجلس العربي للاختصاصات الطبية أو البرامج التعليمية والتدريبية العالمية ، إلى جانب أنها ستمثل نافذة يطل منها المجلس العربي للاختصاصات الطبية

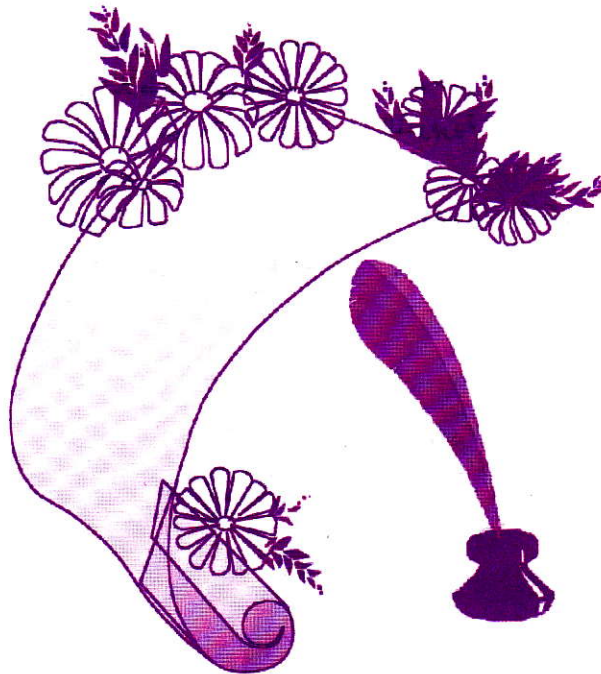
لقد جاءت مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية لتملاً فراغاً علمياً كنا في حاجة إلى مواجهته منذ أمد طويل، حيث أنها تمثل مجلة عربية طبية محكمة تتخطى الحدود المحلية والإقليمية، ويشارك فيها الأطباء من مختلف أرجاء الوطن العربي والعالم لنشر أوراقهم العلمية.

وانطلاقاً مما يغمرنا من تفاؤل وثقة، نأمل أن تكون هذه المجلة خطوة على طريق إصدار مجلات تخصصية في مختلف أفرع المجلس العربي للاختصاصات الطبية، وأن تتلقى ما هي جديرة به من الدعم والتأييد، علمياً ومعنوياً، من الأجهزة التعليمية والصحية في العالم العربي، عوناً لها على تحقيق المهام الجسام المنوطة بها.

إن التفافنا جميعاً حول هذه المجلة سيكون له الأثر الكبير في تبادل الخبرة والعلوم الطبية، مما يزيد من ثقة الطبيب العربي بنفسه و علمه، ويعكس التطور الباهر في العلوم الطبية في عالمنا العربي.

هؤلاء الممتحنين بالمستويات العلمية العالية لمتطلبات شهادة المجلس العربي خير دليل على مصداقية أهداف المجلس، الرامية إلى رفع مستويات التدريب والتعليم في فروع الطب في العالم العربي إلى مستويات عالمية، بالإضافة إلى ما يميز البرنامج العربي عن الكثير من برامج التدريب الأجنبية، حيث أنه يؤهل الطبيب العربي لمواجهة التحديات الصحية الواقعية في بلادنا العربية، واضعاً في الاعتبار تأثير البيئة المحلية والعادات والتقاليد السائدة على الحالة الصحية، مما يجعل خريج المجلس العربي في موقع متميز، حيث يستطيع التعامل بحكمة ودراسة مع البيئة التي نشأ وعاش فيها وتدارسها وتفهمها، وحيث يمكنه التعامل معها ومع مشاكلها بكفاءة وبصورة أفضل من غيره، باعتباره جزءاً منها وليس غريباً عنها.

ولقد بدأت برامج المجلس العربي للاختصاصات الطبية تؤتي ثمارها ويظهر ذلك جلياً في الأعداد المتزايدة من خريجي المجلس العربي للاختصاصات الطبية الذين تبوءوا مناصب رفيعة في الجامعات العربية والمستشفيات، وحيث بدأ خريجو برامج المجلس بمختلف تخصصاته في تحقيق الأهداف الصحية بعيدة المدى في الكثير من الدول العربية.





كلمة الأستاذ الدكتور إسماعيل سلام

وزير الصحة - جمهورية مصر العربية
نائب رئيس الهيئة العليا للمجلس العربي للاختصاصات الطبية

نحن نشجع مشاركة ومساهمة جميع الدول العربية في أعمال المجلس العربي للاختصاصات الطبية كما نؤكد دائما على أهمية دفع أوجه التعاون وتلبية المساعدة سواء كانت مادية أو فنية.

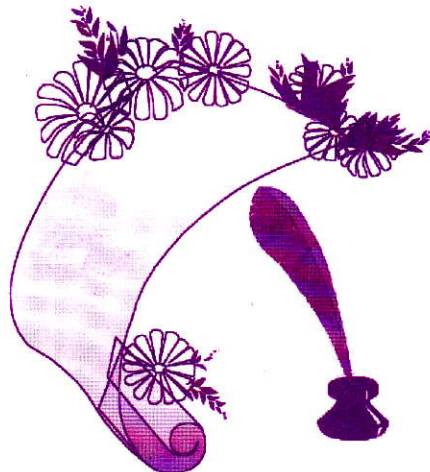
إنني على اقتناع تام أن هذه المجلة الجديدة ستضيف للشعوب العربية بصفة عامة وللمختصين بصفة خاصة جرعات تثقيفية لمواكبة المتغيرات المتلاحقة في عالم الطب.

وفي ختام كلمتي أهني القائمين على أمر هذه المجلة متمنيا لهم التوفيق وأرجو للمجلة النجاح الدائم في تلك الرسالة التنويرية لمواكبة كل جديد.

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته

إدراكا لأهمية التواصل الثقافي بين شعوب الأمة العربية فإنني بداية أرحب بصدور مجلة المجلس العربي للاختصاصات التي ستكون بإذن الله منبرا متخصصا يضيف إلى زميلاتها في البلاد العربية المزيد والمزيد.

ونحن نهتم بتلك المجالات المتخصصة لما لها من دور تثقيفي وتنويري، ونشعر بأنها ستكون النافذة المضيئة لتعميق التعارف في عصر المعلومات المتلاحقة بين الشعوب العربية وستكون من الروافد الهامة التي تغذي وتثري العقل العربي عن طريق مناقشة الموضوعات التي تشغلنا على الساحة العلمية والصحية ورفع المستوى العلمي للأطباء في جميع التخصصات، فالتخصصات الطبية أصبحت ضرورة يجب أن يكون من خلالها التدريب والتقييم الموضوعي لجميع المجالات المتخصصة من أجل الحصول على النوعية المناسبة من الكوادر البشرية التي تستطيع أن تكون عمادا لنا في القرن الواحد والعشرين.





الأستاذ الدكتور محمد ايد الشطي

وزير الصحة - الجمهورية العربية السورية
أمين صندوق المجلس العربي للاختصاصات الطبية

التثقيف الطبي المستمر، وهذه الاطلالة ستكون احدى أركانها
مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية، التي نأمل أن
تغناها بخبراتكم ومقالاتكم، كما ستنقل لكم بعضاً من أخبار
مجلسكم وبعض المنجزات الصحية على مستوى الوطن العربي.

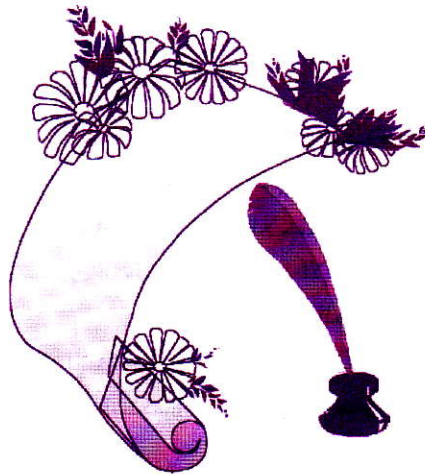
وإن يسعدني أن أشكر الأستاذ الدكتور مفيد الجوخدار
والأمانة العامة على المسعى الدؤوب للنهوض بأعمال المجلس
العربي للاختصاصات الطبية، فالشكر موصول لمعالي الوزراء
والمجالس العلمية واللجان الفاحصة والمنتسبين للمجلس في
الدول العربية كافة لما يقدمونه من دعم وعون فكري ومادي
ومعنوي مستمرين.

- وفقنا الله جميعاً لخدمة أمتنا العربية الخالدة -

يشكل المجلس العربي للاختصاصات الطبية معلماً بارزاً
في مسيرة مجلس وزراء الصحة العرب الذي يسعى لارساء قواعد
ممارسات طبية جيدة، ونواظم صحية، وتأزر بناء بين الأشقاء
في الدول العربية كافة.

ولعل التواصل العلمي واستمراره هو سمة كل طالب مجد
للعلم حيث تتبدل ٥٠٪ من المعلومات الطبية مرة كل سنوات
ثلاث.

وإذا أدى مجلسكم هذا رسالة هامة خلال مسيرته في
العشرين سنة الماضية حيث ساهم في تطوير العمل في المشافي
والارتقاء بالاختصاصات الطبية في ثمانية عشر فرعاً وتوفير
بدائل للتدريب خارج الدول العربية، فإن استمرار رسالته
مرهون باستمرار تطوره، لذا كان لابد أن تكون له اطلالة على





الأستاذ الدكتور مفيد الجوخدار

رئيس هيئة تحرير مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية
الأمين العام للمجلس العربي للاختصاصات الطبية

بسم الله الرحمن الرحيم

ومراقبة احتفاظه بمستواه المقر، مع مراجعته دورياً لتطوير مواكبة التقدم العلمي.
٣. وضع أسس تقويم المستوى العلمي والطبي والمهني للأطباء الذين يرغبون في ممارسة الاختصاصات بعد إتمام التدريب المعترف به .

لقد أسهم المجلس العربي للاختصاصات الطبية إسهاماً فعالاً في إرساء قواعد الاختصاص إذ تتألف المجالس العلمية لكل اختصاص من مندوبين عن كليات الطب في كل بلد عربي ، وعن وزارات الصحة، كما وضع نظاماً للمراقبين من المؤسسات العسكرية والخاصة. وقد وضعت هذه المجالس أسس الاعتراف بمراكز التدريب والمنهج التعليمي، وتضع لجانها أسئلة الامتحانات وتشرف على الامتحانات الكتابية التي تجري في وقت واحد في البلدان العربية، وتعد الامتحانات الشفوية والعملية وتستعين بالخبرات المحلية الكبيرة المتوفرة في كل بلد عربي من خارج أعضاء المجالس العلمية، كما تستعين أحياناً بأساتذة زائرين أجانب ، لالنعص بخبراتنا ولالشعور بنقص، ولكن لتعريف هذه المؤسسات العلمية التي ينتمون إليها بالمستوى الرفيع الذي وصل إليه أطباؤنا وخريجونا.

إن الهدف الأسمى الذي نسعى إليه هو وضع كافة الاختصاصات الطبية تحت مظلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية ، وأن يبقى المجلس العربي الرائد لكافة نظم الاختصاصات وأن تكون شهادته أعلى شهادة مهنية في البلاد العربية .

لقد حمل أجدادنا مشعل الحضارة وطوروا كافة العلوم ،

انبثقت فكرة إنشاء المجلس العربي للاختصاصات الطبية من معاناة بناتنا وأبنائنا الذين حصلوا على الشهادة الأولية في الطب العام ثم سدت في وجوههم طرق الاختصاص ، ولم يتمكن الكثير منهم من متابعة تدريبهم في البلاد الأجنبية ، إما لأسباب مادية ، أو لعدم قبولهم في مراكز تدريب جيدة، أو لسبب اجتماعي حيث لا تسمح التقاليد للطبيبات في العديد من بلداننا من السفر وحدهن للاختصاص.

تبنى هذه الفكرة وزراء الصحة العرب الذين آمنوا بقدرة بلادنا العربية على تدريب أطبائنا في كافة الاختصاصات ، في مراكز اختصاص عربية ، ومن قبل مدربين عرب، وبرنامج تدريب وضع من قبل مجالس علمية عربية مختصة قادرة على تخريج أطباء أكفاء لا تقل خبراتهم عن خبرات أقرانهم المتدربين في مراكز عالمية، وقد تكون هذه الخبرات أعم لمعرفتهم بالأمراض والمشاكل الصحية المتواجدة في بلد الاختصاص.

لقد وضعت هذه الفكرة موضع التنفيذ عندما اتخذ القرار التاريخي رقم ٢٠ الذي صدر في الكويت عام ١٩٧٨ فأرسي حجر الأساس للمجلس العربي للاختصاصات الطبية وحدد أهدافه بما يلي :

١. العمل على تحسين الخدمات الطبية في الوطن العربي عن طريق رفع المستوى العلمي والعملية للأطباء العاملين في مختلف الاختصاصات وذلك بالتعاون مع المؤسسات التعليمية المعنية .

٢. وضع أسس التدريب المعترف به خلال إعداد الاختصاص في فروع الطب المختلفة من كافة نواحيه والعمل على استكمال

وتجارب علمائنا بأبحاث أصيلة ، وتقارير عن حالات نادرة، ودراسات في الأدب الطبي ... ولن يقتصر على هذا بل ستنشر ملخصات عن أهم المقالات الحديثة والمهمة في الأدب الطبي . وستكون هذه المجلة النافذة إلى الخريجين ، وإلى الذين لا يزالون في مراحل التدريب المختلفة لمعرفة كافة أخبار المجلس ونشاطاته الماضية والمستقبلية وأماكن عقد الامتحانات وتاريخها، كما ستنشر أسماء الخريجين .

نرجو من جميع علمائنا دعم مجلتهم هذه ، المجلة الطبية العربية الأولى على مستوى الوطن العربي، بخبراتهم ومقالاتهم وآرائهم ، لتغني بهم ومنهم .

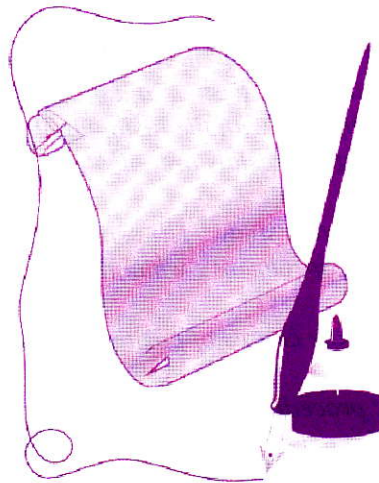
ولم تكن هذه الإنجازات لتحقيق بدون الدعم المعنوي والمادي الكبير من كافة المسؤولين في حكومات الدول العربية ، ومن أعضاء الهيئة العليا ، والعمل الشاق الدؤوب الذي قام ويقوم به أعضاء المجالس العلمية واللجان المنبثقة عنها ، والإخوة العلماء من كافة الدول العربية ومن جميع العاملين في مقر الأمانة العامة ... فإليهم شكري و عرفاني .

ندعو الله أن يمنحنا جميعاً القوة والإيمان ، وأن يوفقنا في مسعانا، ويسد خطانا لما فيه خير هذا الوطن العربي الكبير.

وزادوا نتاج خبراتهم وفكرهم وبحثهم إلى ما استقوه من حضارات الأقدمين ، فكانت الحضارة العربية الإسلامية التي سطعت أنوارها على مدى قرون في أرجاء العالم، حتى أصبحت علومهم تدرس لقرون عديدة في أوروبا، القارة التي كانت تغرق في ظلام الجهل. ثم دخلنا مرحلة إشتاء طويل لظروف لا مجال لذكرها ...، ونحمد الله أننا استقنا منه لنعاود حمل هذه الشعلة التي لا بد لها أن تضيء وتنير طريقنا إلى البحث والمعرفة؛ لنلحق بالركب العالمي ونسبقه ونهتدي بأمر الله تعالى بتقصي الحقائق والبحث العلمي ، إذ قال جل جلاله : ﴿ قل سيروا في الأرض فانظروا كيف بدأ الخلق ﴾ صدق الله العظيم .

لقد أصبح عدد المجالس العلمية الرئيسية (١١) مجلساً تشرف على (١٨) اختصاصاً، وبلغ عدد المسجلين في الاختصاصات المختلفة أكثر من عشرة آلاف متدرب ، وحصل على شهادة المجلس العربي أكثر من ألفي طبيب أثبتوا قدراتهم ومهاراتهم في كافة المجالات سواء أكانت تعليمية أو خدمية ، كما أسهم هذا المجلس في دعم التقارب بين الأطباء العرب ، وفي تبادل الخبرات ، وخلق الصداقات والود والتفاهم بين أطبائنا وعلمائنا.

وهاهو العدد الأول من مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية بين أيديكم، ليسهم في نشر المعرفة، ونشر أبحاث



القيمة التشخيصية للرشافة الخلوية بالإبرة الدقيقة (FNAC):

خبرة 904 حالة مع دراسة نسيجية مقارنة

DIAGNOSTIC VALUE OF FINE NEEDLE ASPIRATION CYTOLOGY (FNAC): EXPERIENCE OF 904 CASES WITH A COMPARATIVE HISTOPATHOLOGICAL STUDY

Raydah AL KHANI, M.D.*

د. رائدة الخاني*

ملخص البحث:

دوافع الدراسة: تستطب الرشافة بالإبرة الدقيقة لتشخيص طبيعة الكتل المختلفة، وتختلف الدقة التشخيصية لهذا الفحص في الدراسات المختلفة، وحسب العضو والكتلة المدروسة. وقد يغني الفحص الخلوي للرشافة بالإبرة الدقيقة في بعض الحالات عن الدراسة النسيجية.

هدف الدراسة: تحديد الدقة التشخيصية والحساسية والنوعية لهذا الفحص في المجموعة المدروسة.

المجموعة المدروسة وطريقة الدراسة: يتضمن البحث دراسة 904 حالة أجريت فيها الرشافة بالإبرة الدقيقة لآفات كتلية في أعضاء وأماكن مختلفة من الجسم. وتمت مقارنة نتائج الدراسة الخلوية للرشافة مع الدراسة النسيجية للآفات المختلفة، ومع المعطيات السريرية والشعاعية والمخبرية.

النتائج: بلغت نسبة الأورام الخبيثة في المجموعة المدروسة 35٪ بينما بلغت نسبة الآفات السليمة، الورمية وغير الورمية 65٪. إن الدقة التشخيصية للدراسة الخلوية للرشافة بالإبرة الدقيقة تراوحت في هذه الدراسة، حسب العضو والكتلة المدروسة، وقد بلغت 92.3٪ في مجموع الحالات، بينما بلغت نوعيتها 98.9٪. وكانت نسبة الأخطاء التشخيصية 1٪، بينما بلغت نسبة الحالات المشبوهة 6.6٪. يبين هذا البحث أيضاً استطببات الرشافة، وأسباب الأخطاء التشخيصية، وأفضل الطرق لتلافي هذه الأخطاء للوصول إلى أعلى دقة تشخيصية ممكنة.

الخلاصة: إن الرشافة بالإبرة الدقيقة هي فحص تشخيصي جيد، فهي سريعة الاجراء، وقلية الرض، كما أنها قليلة التكلفة، تسمح بمسح واسع للآفات الكتلية، وقد تغني عن الدراسة النسيجية في بعض الحالات، لكنها تتطلب خبرة وتقنية جيدة.

ABSTRACT

Back ground: Fine needle aspiration is indicated in the exploration of superficial and deep masses. The accuracy of this procedure differs in various studies, and according to the organ explored.

Objective: To define the accuracy of this procedure in my experience.

Patients: This study is composed of 904 cases of fine needle aspiration, used is masses of various organs and sites: neck, intra-cranial, hepatic, pulmonary, soft tissue, and breast masses.

Methods: The cytological results are compared with the histopathological results of biopsies or surgical specimens of the same studied masses. The cytological results are also compared with clinical, radiological, and biological data.

Results: Malignancies constituted 35% of this study. The sensitivity reached 92.3%, while the specificity was 98.9%. The diagnosis was mistaken in 1% of specimens, while the percentage of suspected malignance was 6.6%.

The study shows the indications for FNA, the causes of positive and negative findings, and the best way to achieve the highest accuracy.

Conclusion: FNA is a useful diagnostic procedure because it permits the screening of large numbers of abnormal masses quickly and with a minimum of trauma and cost. In some cases, FNA may replace histopathological study. This procedure requires good experience and techniques.

* R. AL KHANI, M.D., CES Pathol. (Paris-FRANCE), Associate Professor of Pathology, Damascus University; Cheif Depart. of Pathology, Mouassat University Hospital. P.O. Box 33636 - Damascus - SYRIA

المقدمة INTRODUCTION

بدأ استخدام الرشافة بالإبرة الدقيقة منذ منتصف القرن التاسع عشر، من قبل "كون" عام 1847، ثم "باجيت" عام 1853^{1,2} فهي وسيلة تشخيصية سهلة الاستخدام، سريعة الإجراء، قليلة الرض، وقليلة التكلفة، مقارنة مع الخزعة الجراحية، وتعطي نتائج جيدة.

وقد ازداد الاهتمام بها في بداية القرن العشرين، ونشرت عدة دراسات من مركز ميموريال في الولايات المتحدة الأمريكية³. ثم أهملت الرشافة، ليعود الاهتمام بها بشكل كبير في السنوات العشرين الأخيرة كدراسة استقصائية سهلة وسريعة الإجراء، وقليلة التكلفة، وطبقت على الآفات الكتلية السطحية والعميقة في الأعضاء المختلفة، ومن قبل عدد كبير من المراكز التشخيصية^{4,5,6,7,8}.

تعتمد النتيجة التشخيصية للرشافة على دراسة الصفات الخلوية أساساً، في غياب وضوح البنية النسيجية التي تساعد على التشخيص في حالات كثيرة، والتي تعتبر ضرورية للتشخيص في بعض الحالات^{9,10,11,13,14,15}.

هدف البحث OBJECTIVE

تحديد القيمة التشخيصية للدراسة الخلوية للرشافة بالإبرة الدقيقة، بدراسة الدقة التشخيصية لها، والحساسية والنوعية، مقارنة مع نتائج الدراسة النسيجية للخزعة أو لعينة الاستئصال الجراحي، أو مقارنة مع المعطيات السريرية والشعاعية في حال عدم الحصول على عينة نسيجية، وكذلك تحديد نسبة الإيجابية الكاذبة والسلبية الكاذبة في التشخيص، وأسبابهما، وطرق تلافي هذه الأخطاء التشخيصية، وسبل الوصول إلى أكبر دقة تشخيصية ممكنة على الدراسة الخلوية.

طريقة ومادة الدراسة

MATERIALS & METHODES

أجريت الرشافة على (904) مريضاً لديهم آفات كتلية في أماكن وأعضاء مختلفة تبعاً للخطوات التالية:
- تمت دراسة المعطيات السريرية والمخبرية للمرضى،

وقورنت مع الدراسة الشعاعية، قبل إجراء الرشافة.
- درست الكتل الهدفية من ناحية التوضع، الحجم، القوام، الحدود والارتشاح والعلاقة مع المجاورات، ووجود كتلة وحيدة أو متعددة.

- استخدمت محاقن ذات استخدام وحيد وإبر ذات أطوال مختلفة حسب عمق الكتل المدروسة، وبقياس يتراوح بين 21-G27 حسب الحالة.

- الكتل السطحية ثبتت باليد لإجراء الرشافة، أما الكتل العميقة فلا بد من التعاون بين الطبيب السريري والشعاعي والمشرح المرضي، حيث توجه الإبرة بالاستعانة بالصدى أو بالتصوير الطبقي المحوري.

- أخذت العينات بإدخال الإبرة عدة مرات ضمن الكتلة المدروسة، وعلى عدة مستويات وفي أماكن مختلفة منها.

- تم مد العينات على صفائح زجاجية للحصول على طبقة خلوية واحدة للدراسة، مع الانتباه لعدم سحق الخلايا أو تشويهها بإجراء ضغط زائد. وتختلف طريقة المد حسب كمية وكثافة العينة، كما تم تثفيف بعض العينات ذات الكمية الوفيرة والكثافة القليلة، أو في حال الاضطراب لغسل المحقنة بالماء الفيزيولوجي للحصول على بقايا العينة الموجودة فيها.

تم تثبيت العينات المتخثرة بالفورمول 4٪، ووضعها في البرافين وأجريت مقاطع بسماكة 4-5 ميكرون.

- ثبتت العينات المفروشة على الصفائح الزجاجية بطريقتين:

1- الطريقة الجافة: تحريك بالهواء أو تعريض لحرارة 56 درجة مئوية، وهي ملائمة لتلوين مي-جرانفالد-غمزا MGG، والهيما توكسيلين-ايوزين.

2- الطريقة الرطبة: بواسطة إيتانول 95٪ - 100٪، أو بالرزاذ التجاري، وهي ملائمة لتلوين بابا نيكولاو.

كما ثبتت بعض العينات بالاسيتون النقي للتمكن من إجراء التلوينات المناعية إذا لزم الأمر.

- لونت العينات بشكل روتيني بتلوين الهيما توكسيلين-ايوزين، مع تلوين البابا نيكولاو ومي-جرانفالد-غمزا MGG على عدد كبير منها.

- طبقت التلوينات الخاصة عند اللزوم: حمض شيف الدوري PAS (لكشف المواد المخاطية والسكرية التركيب، وكذلك الفطور)، أزرق ألسيان (لكشف المفرز المخاطي والمواد المخاطينية)، تسيل نيلسون (لكشف عصبية كوخ)، أزرق بروسيا (لكشف الأصبغة الحديدية)، أحمر الكونغو (لكشف المادة



النشوانية (Amyloid)، فونتانا (لكشف الأصبغة القتامينية).

- طبقت التلوينات المناعية على بعض الحالات التي صعب فيها التشخيص بالتلوينات الروتينية والخاصة.

- أجريت الدراسة النسيجية المقارنة للخزعات أو قطع استئصال جراحي في 656 حالة (72,6٪)، وذلك بعد تثبيتها بالفورمول 4٪، ووضع المقاطع المأخوذة بالبرافين، ثم إجراء مقاطع رقيقة بسماكة 5 ميكرون، وتلوينها بالهيماتوكسيلين-ايوزين، مع إجراء التلوينات الخاصة والمناعية عند اللزوم.

- في حال وجود قطع نسيجية مرتشفة، تم استعمالها كشاهد لمقارنة نتيجة الدراسة الخلوية بعد إجراء التقنيات المناسبة للدراسة النسيجية، كما في الفقرة السابقة.

- لم يتم الحصول على العينات النسيجية في 248 حالة (27,4٪) للأسباب التالية:

1 - أكدت سلامة الكتلة المدروسة بتوافق المعطيات السريرية والشعاعية مع نتيجة الرشفة بالإبرة ولا حاجة للخزعة أو العمل الجراحي، بل للعلاج الدوائي أو المراقبة السريرية في بعض الحالات.

2 - أكدت خباثة الكتلة بتوافق المعطيات السريرية والشعاعية والمخبرية مع نتيجة الرشفة بالإبرة لتحديد خباثة الآفة، مع تعذر إجراء عمل جراحي أو راض لكونه مضاد استطباب، وحول المريض للمعالجة السرطانية (الشعاعية و/أو الكيماوية).

3 - لدى المريض ورم معروف ومعالج، واستخدمت الرشفة لتأكيد وجود نكس ورمي أو لتحديد الانتشار الورمي والانتقالات.

4 - رفض المريض لإجراء خزعة أو عمل جراحي.

النتائج RESULTS

أجريت الرشفة بالإبرة الدقيقة على 904 حالة توزعت كما يلي (مرتبة حسب عدد الحالات):

243 ضخامة أو عقدة درقية

230 ضخامة عقد لمفاوية

151 كتلة ثدي

88 كتلة أو كيسة كبدية

75 كتلة أو ضخامة غدد لعابية

37 كتلة من الأنسجة الرخوة أو الجلد.

30 كيسة عنق

24 كتل أو كيسات داخل القحف

15 كتلة رئوية

11 حالة متفرقة

(الصور الخلوية والنسجية المرفقة - من 1 إلى 20- تبين

أمثلة عن بعض الآفات المدروسة)

تتلخص النتائج في الجدول (1) الذي يبين ما يلي:

بلغ عدد الآفات السليمة التي طبقت عليها الرشفة بالإبرة الدقيقة 589 حالة = 65٪، بينما بلغت الأورام الخبيثة 315 حالة = 35٪.

- كان التشخيص دقيقاً في 781 حالة = 86,4٪

- كانت الرشفة موجهة للسلامة أو الخباثة دون تحديد دقيق لنوع الآفة في 53 حالة = 6٪

- لم يمكن تحديد سلامة أو خباثة الكتلة المدروسة في 60 حالة = 6,6٪، واعتبرت آفات مشتبهة.

- بلغت نسبة الايجابية الكاذبة 0,6٪ (6 حالات) حيث تم تشخيص الخباثة خطأً.

- بلغت نسبة السلبية الكاذبة 0,4٪ (4 حالات) حيث شخّصت الآفة على أنها سليمة رغم خباثتها.

المناقشة DISCUSSION

تستطب الرشفة بالإبرة الدقيقة في كل آفة كتلية مجسوسة، أو مكشوفة بالوسائل الاستقصائية كالصدى أو التصوير الطبقي المحوري^{8, 19, 20, 21} وتعتبر وسيلة استقصائية هامة تساعد في إجراء مسح واسع وسريع كاشف للآفات الخبيثة، فتساعد في توجيه الخطة العلاجية، كما يمكن الاعتماد عليها في حال وجود مضاد استطباب لإجراء خزعة أو عمل جراحي (كوجود اضطراب شديد في عوامل التخثر)

تبين هذه الدراسة أن الرشفة بالإبرة الدقيقة ذات دقة تشخيصية عالية حيث مكنت من تحديد دقيق لنوع الكتلة المدروسة في 781 حالة = 86,4٪، تم فيها التأكد بالدراسة النسيجية في 533 حالة = 59٪، بينما اكتفي بنتيجة الرشفة في 248 حالة = 27,4٪ لموافقتها للموجودات السريرية والشعاعية والمخبرية. إذا أضفنا لما سبق 53 حالة = 6٪ كانت فيها الرشفة موجهة تماماً لسلامة أو خباثة الآفة ولو أنها لم تحدد النمط النسيجي بدقة، تصبح القيمة التشخيصية للرشفة (الحساسية) في مجموع الآفات 92,3٪، بينما بلغت النوعية 98,9٪.

إن الدقة التشخيصية للرشفة تختلف حسب العضو وطبيعة



العضو المدروس	الآفة	عدد حالات الرشفة	الحالات المعالجة اعتماداً على الرشفة	المقارنة مع الدراسة النسيجية	تشخيص دقيق للرشفة	تشخيص موجه للسلامة أو الخباثة	حالات مشتبها	إيجابية كاذبة	سلبية كاذبة
الغدة الدرقية	الآفات السليمة	212	62	150	118	0	33	1	0
	الخيئات	31	1	30	21	2	7	0	0
	م	243	63	180	135	4	40	1	0
الغدة اللعابية	الآفات السليمة	112	42	70	58	5	3	2	0
	الخيئات	118	43	75	72	1	2	0	2
	م	230	85	145	130	6	5	2	2
الغدة الكبدية	الآفات السليمة	96	24	55	57	13	1	1	0
	الخيئات	55	0	72	47	6	3	0	2
	م	151	24	127	104	16	4	1	2
الكبد	الآفات السليمة	29	17	12	12	0	1	0	0
	الخيئات	59	23	36	34	1	0	0	0
	م	88	40	48	46	1	1	0	0
الغدة اللعابية	الآفات السليمة	58	11	49	29	7	4	1	0
	الخيئات	17	0	15	20	3	0	0	0
	م	75	11	64	49	10	4	1	0
النسيج الرخو والجلد	الآفات السليمة	21	2	19	15	3	0	1	0
	الخيئات	16	1	15	6	8	1	0	0
	م	37	3	34	21	11	1	1	0
كيسات العنق	الآفات السليمة	30	10	20	20	0	0	0	0
	الخيئات	0	0	0	0	0	0	0	0
	م	30	10	20	20	0	0	0	0
الجملة العصبية المركزية	الآفات السليمة	18	2	16	12	1	2	0	0
	الخيئات	6	1	5	3	1	2	0	0
	م	24	3	21	15	2	4	0	0
الترن	الآفات السليمة	5	5	0	0	0	0	0	0
	الخيئات	10	0	10	7	2	1	0	0
	م	15	5	10	7	2	1	0	0
كتل متفرقة التوضع	الآفات السليمة	8	3	5	5	0	0	0	0
	الخيئات	3	1	2	1	1	0	0	0
	م	11	4	7	6	1	0	0	0
مجموع الحالات الكلي		904	248	656	533	53	60	6	4
		% 100	% 27.4	% 72.6	% 59	% 6	% 6.6	% 0.6	% 0.4

م = المجموع

جدول (1): نتائج الرشفة بالابرة الدقيقة لمجموع الحالات المدروسة (904)

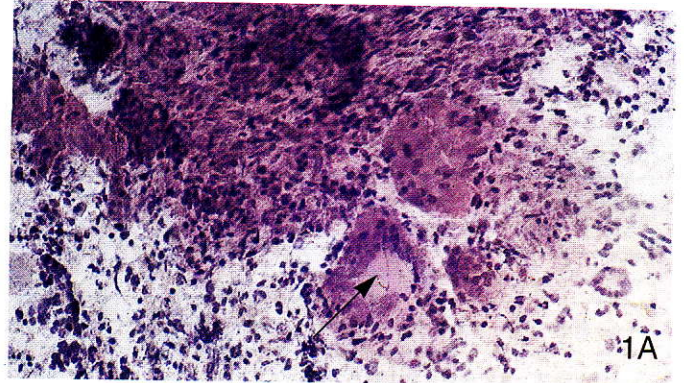
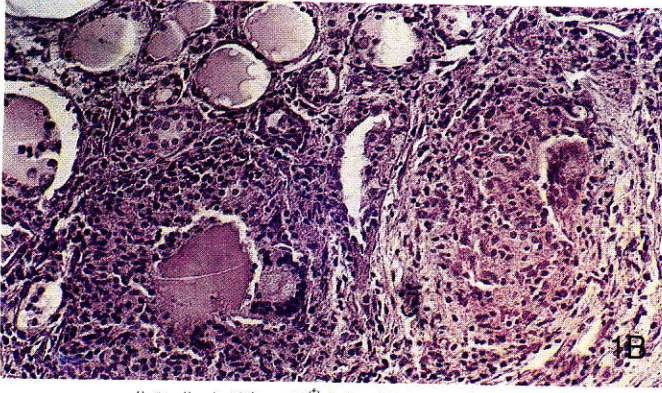
تراوحت نسبة السلبية الكاذبة والإيجابية الكاذبة حسب الآفات: من 0% في كتل الكبد، كيسات العنق، وكتل الجملة العصبية المركزية، والرئة، حتى 2,7% في آفات النسيج الرخو والجلد المدروسة، ولكنها منخفضة في مجموع الحالات: 10 حالات = 1%، منها 4 حالات سلبية الكاذبة = 0,4%، و 6 حالات إيجابية الكاذبة = 0,6%.

أسباب الإيجابية الكاذبة:

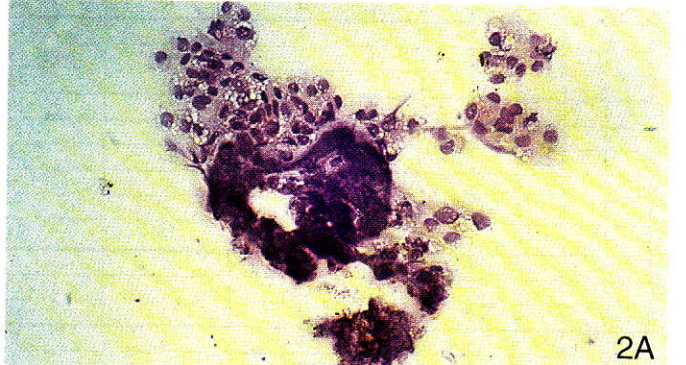
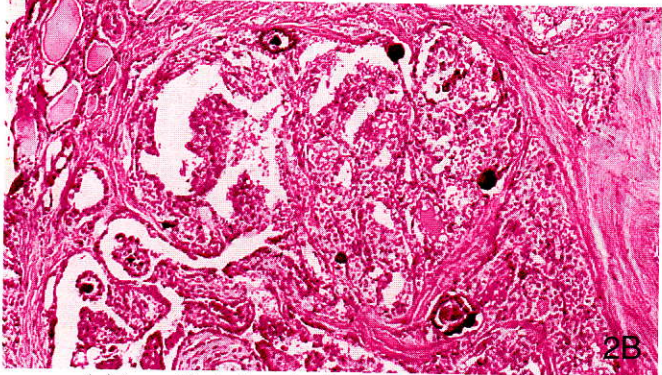
- وجود مظاهر خلوية شاذة في بعض الآفات السليمة: فرط تنسج مع علامات نشاط خلوي شديد، أو تبدلات تنكسية في الخلايا، أو وجود خلايا قليلة التمايز.
- وجود مظاهر شذوذ خلوي في بعض الأورام السليمة دون أن يكون ذلك مقياساً للخباثة، كما في بعض الأورام الجرابية الدرقية Follicular Neoplasms، أو أورام النسيج الضام، أو الأورام السحائية Meningiomas.^{25, 23, 17}
- وجود مظاهر فعالية خلوية مرافقة للآفات الالتهابية.

الكتلة المدروسة، وقد تصل إلى 100% في بعض الحالات، وهذا ينطبق في بحثنا على كيسات العنق، بينما تراوحت نسبة الآفات المشتبها من 0% في بعض الأعضاء، لتبلغ 5,3% في الغدة اللعابية بسبب عدم إمكان تحديد السلامة أو الخباثة في بعض التنشؤات الغدية اللعابية على الصفات الخلوية وحدها،¹⁸ وكذلك الحال في الغدة الدرقية حيث يعتمد تحديد خباثة التنشؤات الغدية الجرابية Follicular Neoplasms على الغزو الوعائي وغزو محفظة الورم، وهذا يحتاج لدراسة نسيجية.^{16, 17, 22} أما في كتل الجملة العصبية المركزية فقد بلغت نسبة الآفات المشتبها 16,6%، حيث لم يمكن تحديد درجة الورم الدقيقي في 4 حالات رغم تحديد نوعه، وكانت الدراسة النسيجية تتراوح من ورم دقيقي كوكبي درجة 1 إلى درجة 3، فالخباثة في الأورام الدبقية الكوكبية Astrocytomas تعتمد على عدة عوامل، منها وجود تنمي وعائي شاذ، مما يصعب كشفه بالدراسة الخلوية للرشفة، أو حتى على خزعة صغيرة، هذا بالإضافة لعدم تجانس الخباثة في الورم من منطقة لأخرى.^{24, 23}

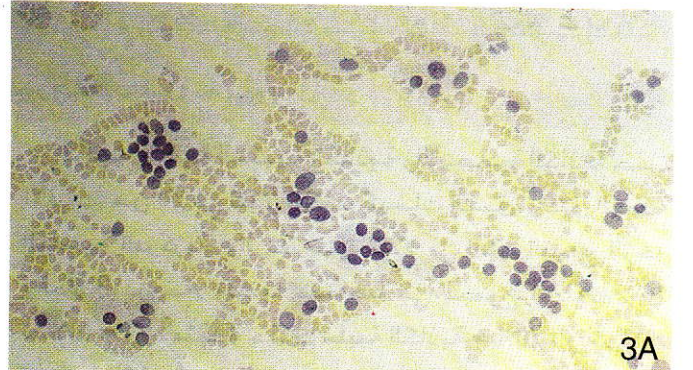
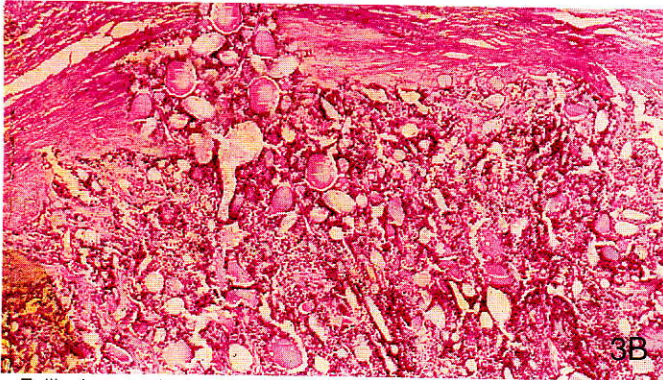




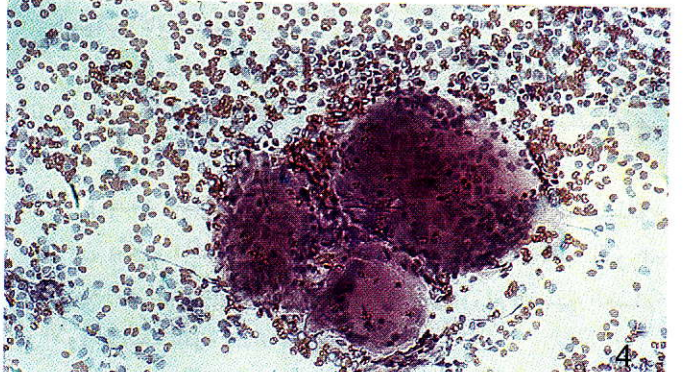
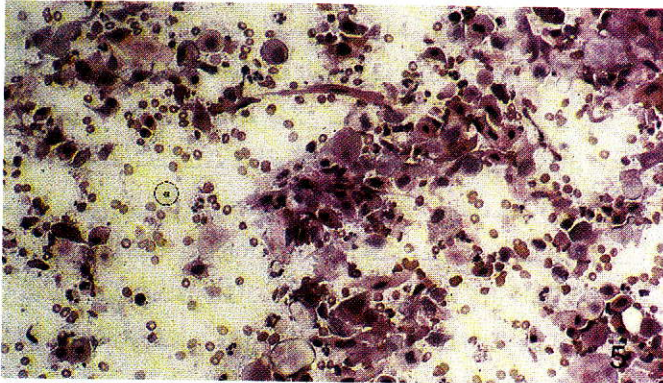
الصورة (١) خلية عملاقة متعددة النوى (السهم) مع خلايا بشرانية epithelioid cells ، وخلايا درقية نظامية، في رشافة درقية (أ) توجه لالتهاب الدرق الحبيبي
Granulomatous thyroiditis ، تأكد بالدراسة النسيجية (ب). {تلوين هيماتوكسيلين إيوزين}



الصورة (٢) التشكلات الحليمية مع التكلس في محور الحليمية، في رشافة سرطانة حليمية من الدرق (أ) Papillary carcinoma، تأكدت بالدراسة النسيجية (ب)
{تلوين هيماتوكسيلين إيوزين}

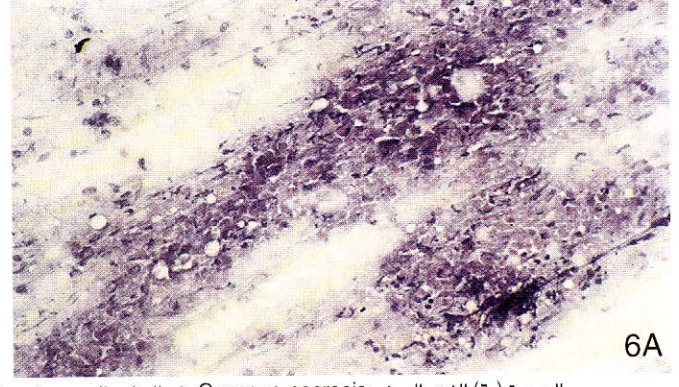
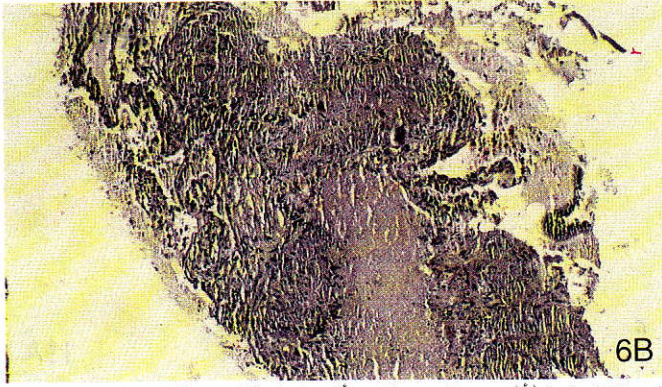


الصورة (٣) خلايا جرابية درقية نظامية في رشافة عقدة درقية (أ) لا يمكن من تشخيص الخباثة التي تتظاهر بغزو المحفظة في هذا التنشؤ الجرابي الدرقى Follicular neoplasia
(ب). {تلوين هيماتوكسيلين إيوزين}

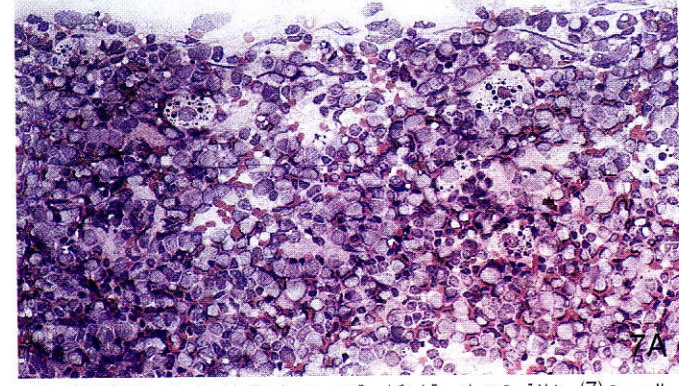
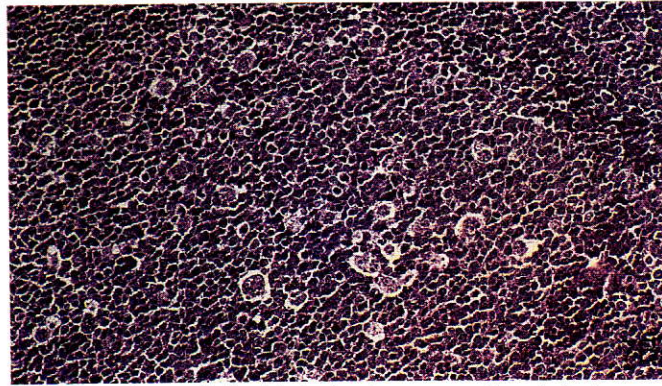


الصورة (٥) رشافة من انتقالات سرطانة شائكة الخلايا Squamous cell carcinoma تظهر فيها الخلايا الورمية المتقرنة التي تساعد على التشخيص {تلوين هيماتوكسيلين إيوزين}

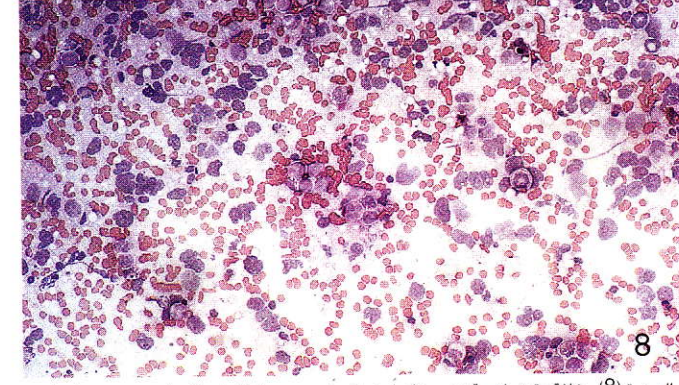
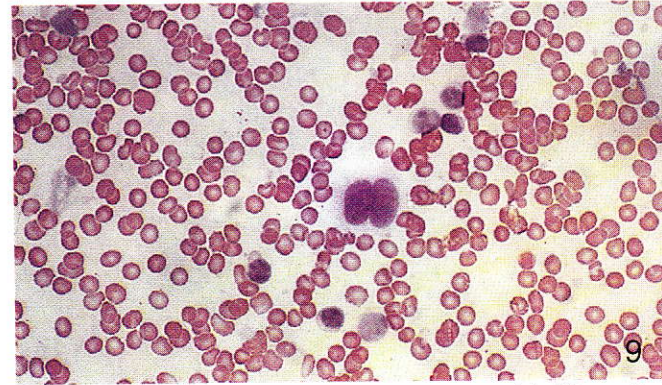
الصورة (٤) رشافة من عقدة بلغمية يبدو فيها حبيبيوم يوجه لالتهاب حبيبي
Granulomatous inflammation. كان التوجه السريري للساكونيد. {تلوين هيماتوكسيلين إيوزين}



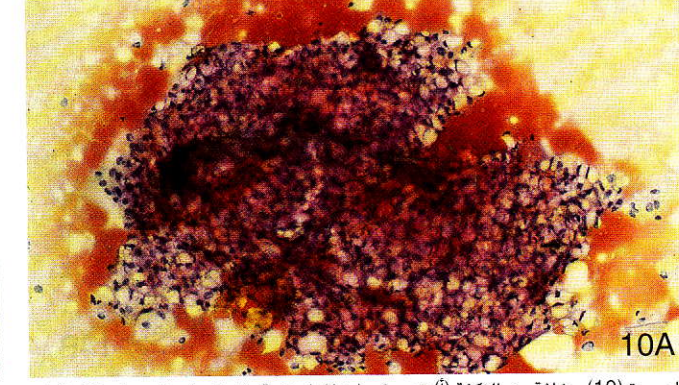
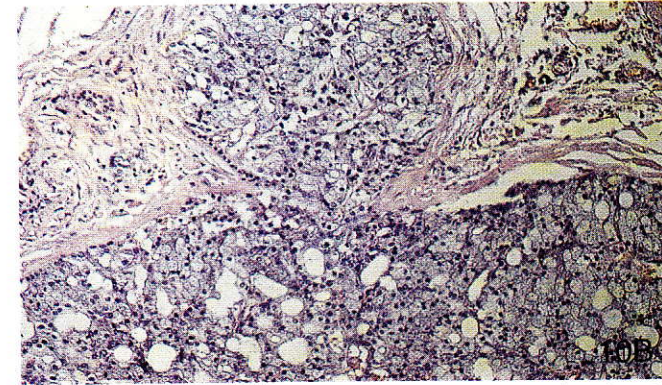
الصورة (٦) النخر الجبني Caseous necrosis ذو المظهر الحبيبي في رشافة من كتلة رئوية (أ)، يوجه للندرن، الذي تأكد بالدراسة النسيجية للخزعة (ب). {تلوين هيماتوكسيلين ايوزين}



الصورة (7) رشافة عقدة بلغمية ارتكاسية تبدو فيها خلايا لمفاوية مختلفة الشكل والحجم، مع وجود بلغمات كبيرة ذات جسيم صبوغ وتبدى الدراسة النسيجية (ب) فرط تشنج جراحي لمفاوي. {تلوين هيماتوكسيلين ايوزين}



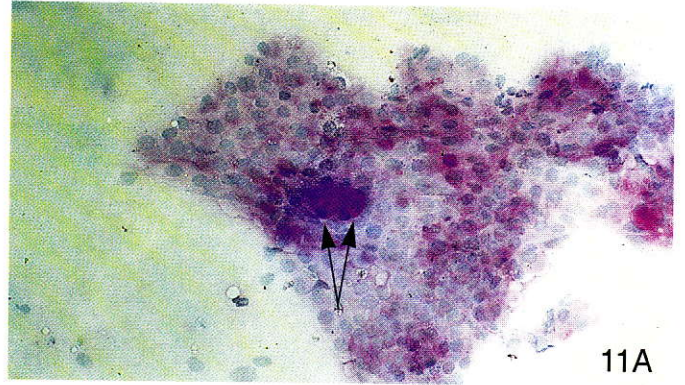
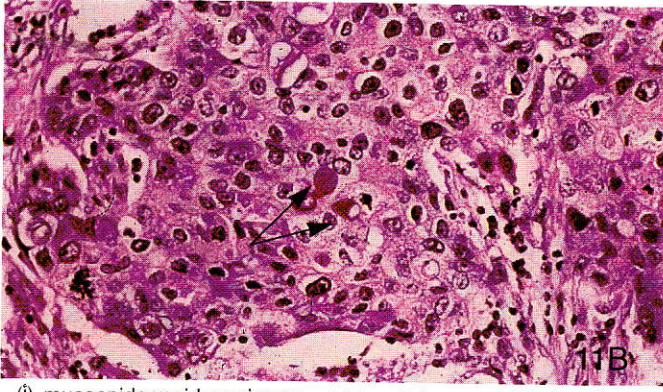
الصورة (8) رشافة عقدة بلغمية تبدى مظهرا متجانسا مع وجود لمفاويات كبيرة دون وجود بلغمات كبيرة ذات جسيم صبوغ، توجه للمفوما بائية كبيرة الخلايا. {تلوين هيماتوكسيلين ايوزين}



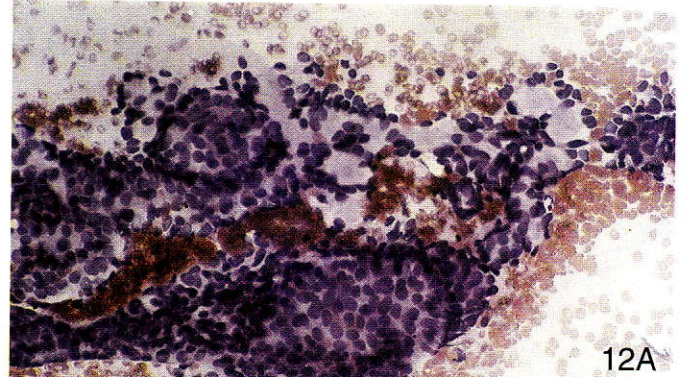
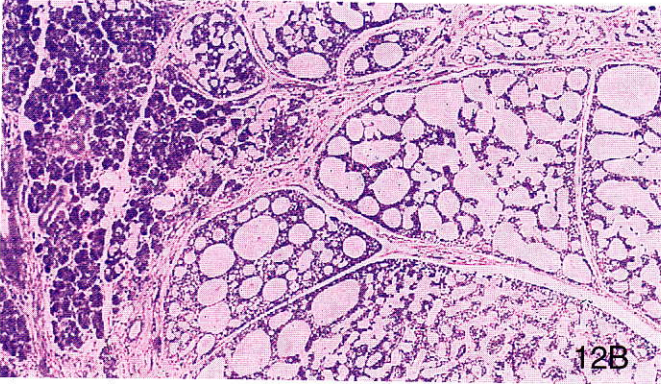
الصورة (9) خلية ريد-ستيرنبرغ في رشافة عقدة بلغمية، توجه لداء هودجكن. {تلوين هيماتوكسيلين ايوزين}



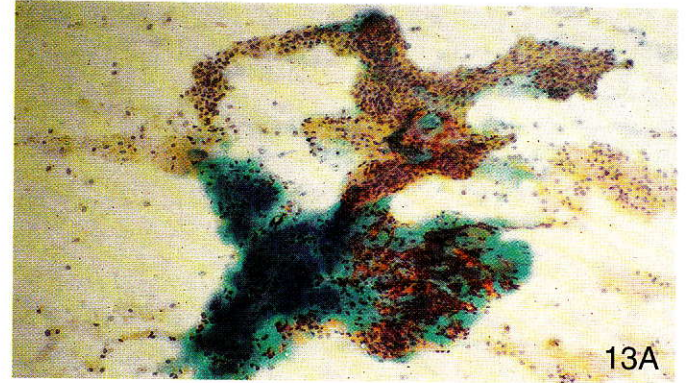
الصورة (10) رشافة من النكفة (أ) تبدو فيها خلايا عنابية متجانسة متجمعة بشكل كتلي، دون شذوذ خلوي واضح، توجه لورم خلايا عنابية. Acinar cell tumor الدراسة النسيجية لقطعة الاستئصال الجراحي تبين وجود غزو لمحفظة الورم دلالة على الطبيعة الخبيثة له. {تلوين هيماتوكسيلين ايوزين}



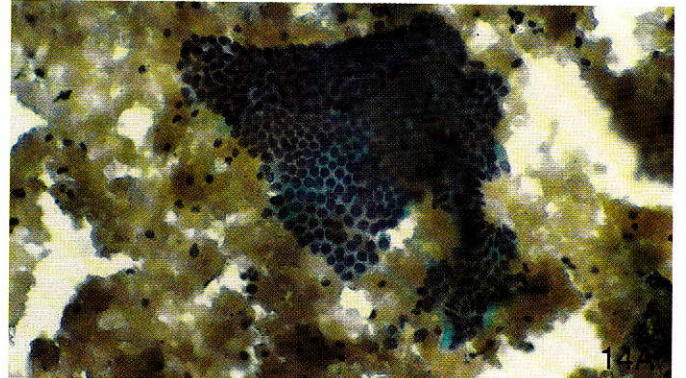
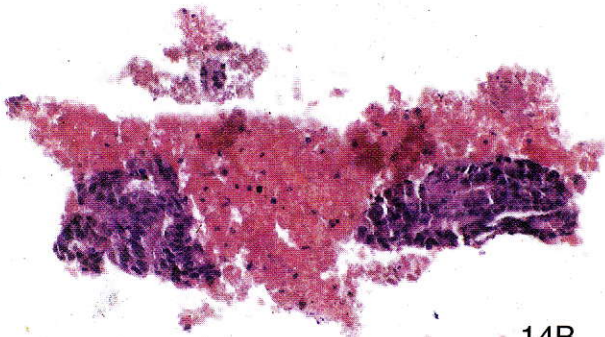
الصورة (١١) رشافة من ورم الغدة تحت الفك تبدي كتلة بشروية، مع افراز مخاطي في بعض الخلايا (السهم) دالا على ورم بشراني مخاطيني mucoepidermoid carcinoma (i). تأكد بالدراسة النسيجية (ب) {تلوين PAS}



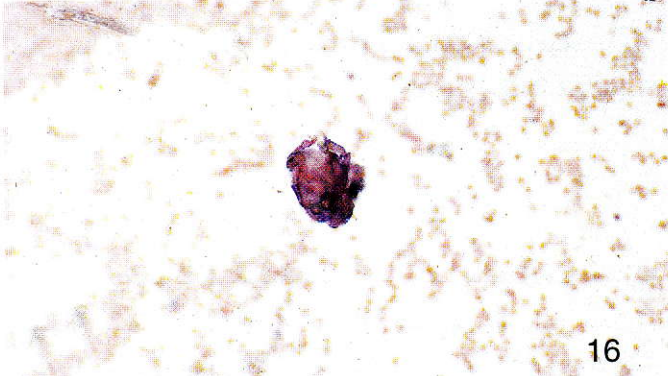
الصورة (12) رشافة من غدة لعابية تحت الفك (أ) تظهر خلايا صغيرة متجانسة بينها مناطق دائرية فيها مادة هياينية الشكل (السهم)، توجه لسرطانة غدانية كيسية (ورم اسطواناني) Adenoid cystic carcinoma (cylindroma)، تؤكد الدراسة النسيجية (ب). {تلوين هيماتوكسيلين ايوزين}



الصورة (13) رشافة من النكفة (أ) تبدو فيها خلايا بشروية متجانسة نظامية، مع خلايا عضلية بشروية (السهم)، وسط مادة اساسية متبدلة التلون، توجه لورم غدي مختلط. Pleomorphic adenoma، تؤكد الدراسة النسيجية (ب). {تلوين بابانيكولاو (أ) - تلوين هيماتوكسيلين - ايوزين (ب)}

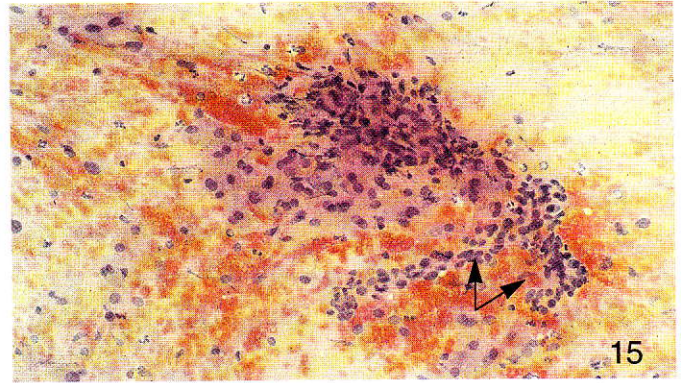


الصورة (14) رشافة من كتلة كبدية تظهر وجود كتل خلايا بشروية ذات افراز مخاطية تبينه ايجابية ملون أزرق السيان (أ)، توجه لانتقالات كبدية من سرطانة غدية مفرزة للمخاط. تظهر الغدد الورمية واضحة في المادة المثقلة من الرشافة بعد دمجها في البرافين (ب)، {تلوين أزرق السيان (أ) - هيماتوكسيلين ايوزين (ب)}



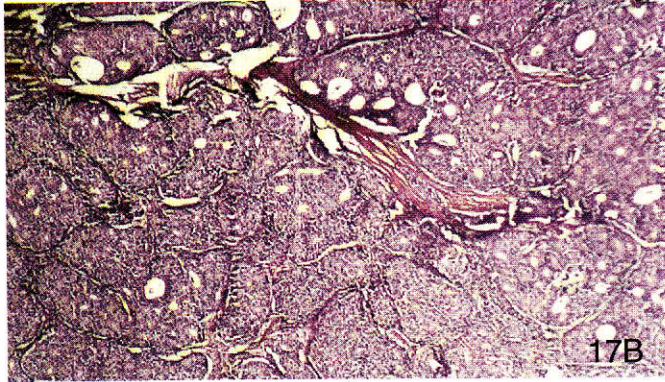
16

الصورة (16) رشافة كيسية كبدية يبدو فيها الرأس Scolex دالاً على كيسية مائية
(عدارية) Hydatid cyst {تلوين هيماتوكسيلين إيوزين}



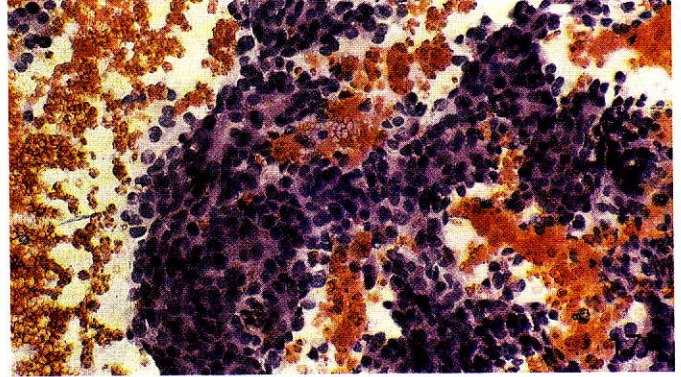
15

الصورة (15) رشافة كبدية ويظهر فيها (ب) تليف مع تكاثر القنوات الصفراوية (السهم)، مؤكداً
التوجه السريري لتشمع كبد Hepatic cirrhosis {تلوين هيماتوكسيلين إيوزين}

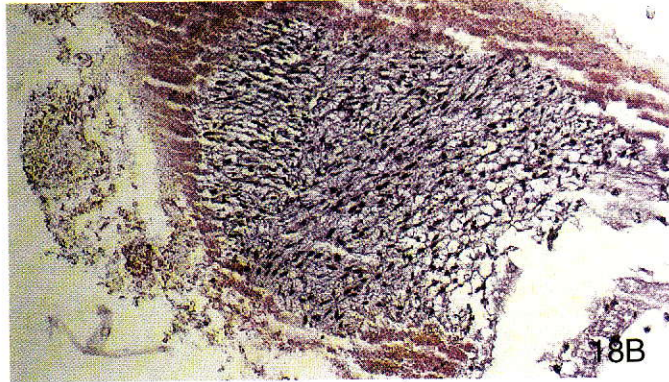


17B

الصورة (17) رشافة من كتلة ثدي تبدي خلوية شديدة مع وجود خلايا شاذة وتشكلات عنابية صغيرة، توجه لسرطانة غدية (أ)، تاکدت بالدراسة النسيجية (ب).
{تلوين هيماتوكسيلين إيوزين}

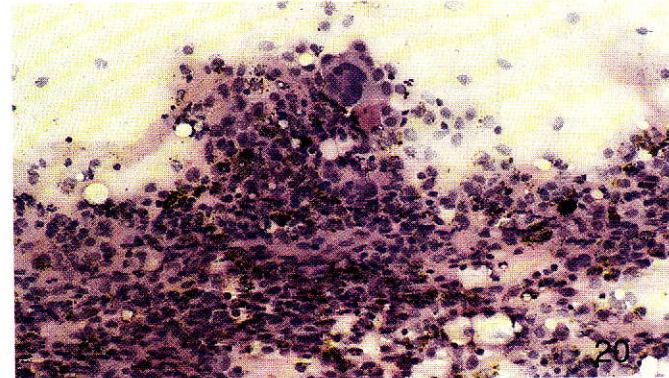


18A



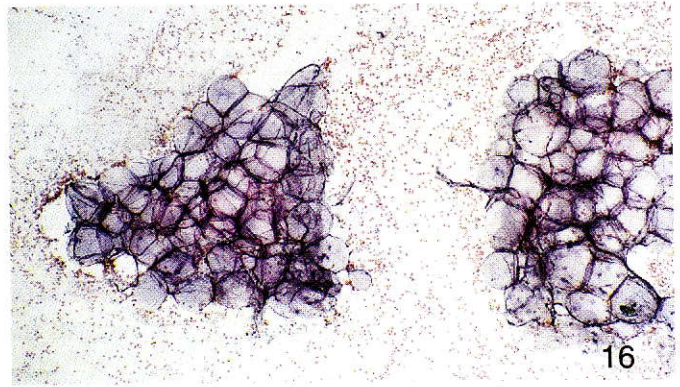
18B

الصورة (18) رشافة من كتلة في المنصف الخلفي (أ) تبدو فيها خلايا مغزلية نظامية متجانسة، غير متراسة، ضمن مادة أساسية ودمية، توجه لورم ليفي عصبي سليم
Neurofibroma ، أكدته الدراسة النسيجية للقطعة النسيجية المرتشفة المرافقة (ب). {تلوين هيماتوكسيلين إيوزين}



20

الصورة (20) رشافة من انتقالات ورمية يبدو فيها الشذوذ الخلوي الواضح والأصبغة القتامينية
دالة على ورم قتاميني خبيث Malignant Melanoma {تلوين هيماتوكسيلين إيوزين}



16

الصورة (16) رشافة من كتلة تحت الجلد تبدو فيها خلايا شحمية ناضجة، دالة على ورم
شحمي سليم Lipoma {تلوين هيماتوكسيلين إيوزين}

عنصر هام للتشخيص تفتقر إليه عادة الدراسة الخلوية للطاخات السطحية والخلايا المتوسطة.

4- تفسير المظاهر الخلوية ضمن العناصر المحيطة بها: كوجود خلايا التهابية، أو انحلال خلوي، أو نخر، ... لأنها تساعد في توجيه التشخيص.

5- أن وجود قطع نسيجية صغيرة في المادة المرتشفة يساعد في التشخيص حيث يؤدي لتوضيح البنية النسيجية للآفة.

6- التعاون بين المشرح المرضي والطبيب السريري والشعاعي لتفسير المظاهر الخلوية في ضوء الموجودات السريرية والشعاعية.

7- إن استعمال تقنيات عالية الدقة يساعد في التشخيص التفريقي في بعض الحالات المشبوهة: كدراسة التبدلات الطارئة على مستوى الدنا DNA بواسطة Flowcytometry²⁷ أو على مستوى الصبغيات Chromosomes بدراسة الخريطة الصبغية Caryotyping أو على المورثات لكشف وجود مورثات مسرطنة Oncogenes أو تبدل في المورثات المثبطة للسرطان Antioncogenes^{28,29,30} لكن هذه التقنيات مكلفة ولا يمكن استعمالها في الدراسة اليومية.

إن نتائج هذه الدراسة تقارب النتائج العالمية^{9,11,12,15,19,20,21,22} وذلك مبين في الجدول (2)

- مظاهر الشذوذ الخلوي التالية للمعالجة الشعاعية.
- مظاهر شذوذ خلوي صناعية تالية لتطبيق تقنية غير جيدة مشوهة للعناصر المدروسة. Artefacts

أسباب السلبية الكاذبة:

- عدم كفاية العينة المدروسة، كما يحصل في الآفات المتليفة بشدة، أو حين إجراء الرشفة بيد غير خبيرة.
- عدم الوصول إلى الآفة المطلوبة، وأخذ الرشفة من منطقة مجاورة
- التمايز الشديد للخلايا الورمية في بعض الآفات الخبيثة، كما في عدد كبير من أورام الغدد الصم، بحيث يصعب التعرف على طبيعتها الخبيثة.

يمكن التقليل من نسبة الأخطاء التشخيصية بما يلي:

1- الحصول على عينة كافية بعد التأكد من الوصول إلى الآفة المطلوبة، وأخذ الرشفة على عدة مستويات منها ، ومن عدة أماكن، لعدم تجانس الآفات في كثير من الحالات.
2- وجود تقنية خلوية عالية تمكن من دراسة جيدة للرشفة، وتجنب المظاهر الخلوية الصناعية الخادعة ، مع إجراء التلوينات الخاصة أو المناعية المناسبة عند اللزوم.
3- ملاحظة كيفية التوضع الفراغي للخلايا في الكتل الخلوية المرتشفة، وعلاقتها ببعضها وبالعناصر المرافقة، وهذا

الدراسات العالمية		الدراسة المحلية		العضو المدروس
النوعية	الحساسية	النوعية	الحساسية	
% 100-80	% 99-77	% 99.6	% 83.1	الغدة الدرقية
% 99-88	% 100-87	% 98.3	% 96.1	العقد اللمفاوية
% 100-87	% 95-73	% 98	% 95.4	الثدي
% 100-98	% 96-92	% 98.8	% 98.8	الكبد
% 99-96	% 100-66	% 98.6	% 94.7	الغدد اللعابية
% 100-98	% 100-67	% 97.3	% 94.6	النسج الرخوة و الجلد
% 100-99	% 100-99	% 100	% 100	كيسات العنق
% 100-98	% 95-75	% 100	% 94	الرئة
% 100-99	% 90-87	% 100	% 83.3	الجملة العصبية المركزية

جدول (2) دراسة مقارنة لحساسية ونوعية الرشفة بالأبرة الدقيقة بين الدراسة الحالية والدراسات العالمية



1- آفة مشتبهة بالدراسة الخلوية

- 2- عدم توافق نتيجة الرشفة مع الموجودات السريرية والمخبرية والشعاعية.
- 3- قبل إجراء أي معالجة واسعة راحة للمريض وذلك لوجود نسبة ضئيلة من الأخطاء التشخيصية يصعب تجاوزها. إن وجود تقنية جيدة للدراسة الخلوية، مع الحصول على عينة كافية من الكتلة الهدفية، وخبرة جيدة للمشرح المرضي، والتعاون بين الأطباء من الاختصاصات المختلفة لمقارنة النتائج الخلوية للرشفة في ضوء الموجودات السريرية والمخبرية والشعاعية، يساعد في التقليل من نسبة الأخطاء التشخيصية، ويرفع القيمة والدقة التشخيصية للرشفة بالابرة الدقيقة.

REFERENCES

- 1* Kun M. A new instrument for the diagnosis of tumors. *Monthly J Med Sci* 1847; 7:853.
- 2* Paget J. *Lectures on tumors*. London: Longman; 1853.
- 3* Martin HE et al. Biopsy by needle puncture and aspiration. *Ann Surg* 1930; 92:169.
- 4* Webb AJ. *Through a glass darkly: the development of needle aspiration biopsy*. Bristol Med Chir J 1974; 89:59.
- 5* Kaminsky DB. Application of thin-needle aspiration biopsy in community hospital. In: Johnston WW, ed. *Masson series in diagnostic cytopathology*. Paris and New York: Masson; 1983.
- 6* Bonfiglio T. Transthoracic thin needle aspiration biopsy. In: Johnston WW editor. *Masson series in diagnostic cytopathology*. Paris and New York: Masson; 1983.
- 7* Akhtar M et al. Fine-needle aspiration biopsy diagnosis of round cell malignant tumors of childhood: A combined light and electron microscopy approach. *Cancer* 1985; 55:1805-1817.
- 8* Bibbo M, ed. *Comprehensive cytopathology*. Philadelphia: Saunders; 1991.
- 9* Hajdu SI. Limitation of aspiration cytology in the diagnosis of primary neoplasms. *Acta cytologica* 1984; 28:3.
- 10* Schmidt WA, ed. *Cytopathology annual 1993*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1993.
- 11* Zajicek J. *Aspiration biopsy cytology*. Part 1:

الخلاصة CONCLUSION

تعتبر الرشفة بالابرة الدقيقة إجراء استقصائياً وتشخيصياً جيداً وعالي الدقة، وقليل التكلفة، مستطياً في الآفات الكتلية السطحية والعميقة، وهو سهل الاجراء، وقليل الرض، يسمح بتجنب الاجراءات الرضاة والجراحية في بعض الحالات التي تثبت فيها سلامة الكتلة بتوافق نتيجة الدراسة الخلوية مع الموجودات السريرية والشعاعية والمخبرية، كآفات الالتهابية التي تعنو للمعالجة الدوائية، أو الآفات التي تحتاج إلى مراقبة سريرية مثل التبدلات الكيسية الليفية في الثدي Fibrocystic changes، أو عندما يكون إجراء الخزعة أو الجراحة مضاد استطباب.

ولكن لاغنى عن إجراء دراسة نسجية في الحالات التالية:

المراجع

- Cytology of supradiaphragmatic organs*. In: Wied GL editor. *Monographs in clinical cytology*, vol 4, Basel: Karger; 1974.
- 12* Zajicek J. *Aspiration biopsy cytology*. Part 2: *Cytology of infradiaphragmatic organs*. In: Wied GL editor. *Monographs in clinical cytology*, vol 4, Basel: Karger; 1974.
- 13* Takayashi M. *Atlas in color of cancer's cytology*. ISBN; 1983.
- 14* Wied GL et al. *Compendium on diagnostic cytology*. ed 7. Chicago: ASCP Press; 1992.
- 15* Koss LG "Diagnostic cytology and its histopathologic bases" ed 4. Philadelphia: Lippincott; 1992.
- 16* Evans HL. *Follicular neoplasms of the thyroid*. Cancer 1984; 54: 535.
- 17* Hedinger CE. *Histological typing of thyroid tumors*. Berlin: Springer -Verlag; 1988.
- 18* Ellis Gf et al, eds. *Surgical pathology of salivary glands*. Philadelphia, Saunders 1992.
- 19* Frable WJ. *Fine-needle aspiration biopsy: A review*. Hum Path 1983;14:1.
- 20* Feldman PS et al. *Fine needle aspiration cytology and its clinical applications: Breast and lung*. Chicago: ASCP press; 1985.
- 21* Stanly MW, et al. *Fine Needle Aspiration Of Palpable Masses*. USA: Batter worth- Heinemann; 1993.
- 22* Linder J et al. *Cytopathology*. In: Damjanov I & Linder J eds, *Anderson's Pathology*. Mosby; 1996.

23* Kleihues P et al. Histological typing of tumors of the central nervous system. WHO International classification of tumors. Berlin: Springer-Verlag; 1993.

24* Daumas-Duport C, Scheithauer B. Grading of Astrocytomas: a simple and reproducible method. *Cancer* 1988; 62:2152.

25* Fletcher CDM, McKee PH, eds. Pathobiology of soft tissue tumours. London: Churchill Livingstone; 1990.

26* Angervall L et al. The diagnosis and prognosis of

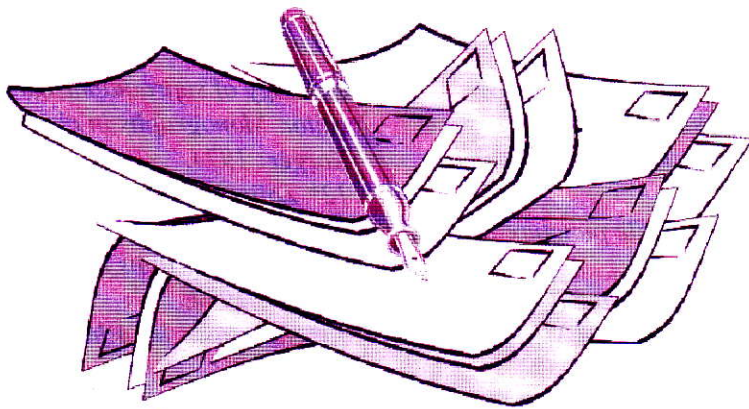
soft tissue tumors. *Semin Diagn Pathol* 1986; 3:240.

27* Flint A et al. Flow cytometric analysis of DNA in diagnostic cytology. *AJCP*. 1985; 84:3.

28* Sanberg AA. Cancer cytogenesis for clinicians. *CA* 1994; 44:136.

29* Sanberg AA, Bridge JA. Techniques in cancer cytogenetics: an overview and update. *Cancer Invest* 1992;10: 163.

30* Knudson AG. Antioncogenes and human cancers. *Proc Natl Acad Sci, USA*: 1993; 90: 10.



diagnosis in the last 4 cases was fairly easy and quick. Therefore, awareness of this complication is quite important. Sonography and plain X-ray of the abdomen were very helpful, but abdominal paracentesis was the most useful diagnostic tool. It is, thus, of paramount diagnostic importance in rural areas where facilities are very meagre. Computerized tomography and laparoscopy, where available, will be of immense diagnostic value. We strongly advise doctors who are involved in the management of cases of malaria to consider a diagnosis of splenic rupture in any patient with fever, abdominal pain and collapse, especially if his or her blood film is positive at the time of presentation regardless of any antimalarial treatment given.

REFERENCES

1. World Health Organization. World malaria situation ,1986-1987 World health part 1 and 11. weekly epidemol . Records. 1989;64:24.
2. Janssen ,HM and Wery ,M.:Malaria in Africa south of the Sahara . Ann. Trop. Med. Parasit 1987;8:487.
3. Omer, A.H.S, (1978). Species prevalence of malaria in Northern and Southern Sudan and control by mass chemoprophylaxis . Am.J.Trop .Med. Hyg .27:858-863.
4. El Gaddal AA, Malaria in Sudan In . Bucl AA, ed . proceedings of the conference on malaria in Africa .Washington. DC: American institute of Biological Sciences, 1986;156-9.
5. EL Gaddal AA, Malaria control in Gezira-Managil .Irrigated Scheme of Sudan :Journal of Tropical Medicine and Hygiene. 1985 April; 88:153-159.
6. Taha,T.E., Ronald H.G., Mohamedani, AA. Malaria and low birth weight in Central Sudan : American Journal of Epidemiology 1993;138:5.
7. Awad Elkariem FM, Mites MA, Warhurst DC. Chloroquine-resistant Plasmodium falciparum isolates from Sudan lack two mutations in the pfm-dr 1 gene thought to be associated with chloroquine resistance : Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 1992; 86:587-589.
8. Zingman BS, Viner BL: splenic complications in malaria :case report and review .Clin infect Dis. 1993 Feb .;16(2):223-32.
9. Patel ,MI .Spontaneous rupture of malarial spleen (letter) .Med-J-Aust.1993 Dec; 6-20:159 (11-12) : 836-7.
10. Kumar S, Gupta A, Shrivastava UK and Mathur SB. Spontaneous rupture of normal spleen : an enigma recalled : British Journal of Clinical Practice.1992 Spring ;4(1):67-8.
11. Buzbee TM& Legha SS:Spontaneous rupture of spleen in a patient with splenic metastasis of melanoma. A case report: Tumori .1992 Feb ;78(1):47-8 .
12. Facer CA, Rouse D: Spontaneous splenic rupture due to P.Ovale malaria (letter). Lancet 1991Nov 5;338(8778):1339.
13. Kouznetsov R L,Rooney W, Werns Dorfer W H,El Gaddal A A,Payne D and Abdalla R E .Use of the in-vitro microtechnique for the assessment of drug sensitivity of P.falciparum in Sennar,Sudan: Bulletin of the World Health Organization. 1980;58(5): 785 -789
14. Mokashi A J, Shirahati RG, Prabhu SK, Vaghalker KR: Pathological rupture of malaria spleen : J-Postgrad-Med. 1992 Jul-Sep; 38(3):141-2.
15. Touze - J E et al.and uncommon complication of chloroquine resistant P.falciparum malaria :Spontaneous splenic rupture (letter): Ann-Med-Int.-Paris. 1989;140(3):228-9. {French}.
16. Touse J E, et al. :Spontaneous splenic rupture in malaria : Trans-R-Soc-Trop-Med-Hyg. 1989 Mar-Apr.;83{2}:161.
17. Falk -S,et.al.:Spontaneous splenic rupture in acute malaria :Dtsch -Med-Wochenschr .1992 May 29;117(22): 854-7.(German)
18. Gibney-EJ, Surgical aspects of malaria. British Journal of Surgery. 1990 Sep;77(9):964-7.
19. Vasin ,V A,et al.:Outbreak of latent malaria following splenectomy for trauma : Klin -Med-Mosk. 1986 Oct.;64(10):136-7 {Russian}.
20. Mabogunje O A: Conservation of the ruptured spleen in children :An African series : Annals of Tropical Pediatrics. 1990;10(4):387-93.
21. Navarro P,et.al.: Malaria:Medical and surgical complications :Bol-Chil-Parasitol .1989 Jan-Jun ; 44(1-2):17-23. {Spanish}.



of the spleen due to malaria in the Sudan. The fact that they are due to *P.falciparum* makes it even more interesting since the majority of cases in the literature were due to *P.vivax*.⁸ This finding poses many interesting questions: Why are we seeing such cases now and only in the Gezira, Central Sudan? And why only fairly recently? As we know, malaria is very common in Sudan and especially in this area.^{1,2,4,5} We have experienced very severe epidemics, but we have not seen cases of spontaneous splenic rupture. Have there been similar cases which were undiagnosed or were there some cases which were not reported? Could this be related to the upsurge of chloroquine resistance in Sudan,¹³ or is it due to some new immunologic manoeuvring by this adaptable parasite?

In this region of Sudan malaria is mesoendemic and constant.^{3,4} Our cases have thus been exposed to repeated malaria attacks. This is in variance with the suggestion of Zingman and Viner⁸ that most cases of splenic rupture occur during acute infection and are associated with *P.vivax*. They also suggested that a lack of prior immunity to malaria appears to be a major predisposing factor.

One of the two cases presented by Mokashi et al.¹⁴ received chloroquine for his acute malaria, and this is similar to the majority of our cases since 8 of them received chloroquine. Mokashi did not discuss chloroquine resistance; however, Touse et al.^{15,16} observed that a case of spontaneous splenic rupture due to chloroquine-resistant falciparum malaria is an uncommon event. It seems that the course of the splenic rupture is not influenced by the antimalarial treatment given.

The case reported by Falk, et al.¹⁷ was similar to ours in that it was due to *P.falciparum*, and the patient was on chloroquine prophylaxis. Gibney¹⁸ mentioned the increased hazards of malaria due to wide-spread drug resistance. He recommended that all possible ways of preservation of the spleen be explored since the spleen is of great importance in host defense against malaria. He also emphasized the importance of post-operative malaria

chemoprophylaxis. We agree that post-splenectomy malaria chemoprophylaxis has to be seriously considered. This is also supported by Vasin et al.¹⁹ who reported an outbreak of latent malaria following splenectomy for trauma.

Mabogunje²⁰ in Nigeria concluded that splenorrhaphy was quite feasible in both normal sized and enlarged spleens in children following trauma. He maintained that it should be encouraged in tropical countries where splenomegaly is a common response to endemic malaria and schistosomiasis our cases were all adults with no history of trauma; however, in suitable cases, especially children, one should endeavor to conserve the spleen wherever possible.

According to Navarro et al.²¹ the number of cases of malaria in Venezuela rose from 898 cases in 1962 to 46,279 cases in 1988. Ten cases were discussed because of medical and surgical complications. Among these, there was one case of spontaneous splenic rupture due to *P.vivax*. They discussed mistakes in management and delays in diagnosis and appropriate treatment.

It is interesting that all the cases we are reporting are healthy young adults aged from 18 to 32 yrs. Apart from repeated attacks of malaria and a history of schistosomiasis in two cases, they all enjoyed relatively good health previously. Most of the cases in the reviewed literature were patients who were non-immune and/or international travellers from non-endemic areas. Unlike our cases, *P.vivax* was the major parasite involved.

The pathological changes in the spleen were non-specific, and congestion and stasis were the major findings with trapping of parasitised red blood cells. This area of splenic pathology has to be investigated more. The host-parasite relationship is, again, an area of great importance, especially in pathogenesis and immunity.

Such unusual complications of malaria are easily missed and other acute abdominal emergencies might be considered. The first five cases in this series posed many diagnostic problems, but the doctors were rapidly gaining experience and the



seen in private clinics, health centers, or rural hospitals and then referred to Wad Medani Teaching Hospital. The age range was 18 -32 yrs (average 25.3 yrs). Five were males and four were females. Two patients had a past medical history of intestinal schistosomiasis with no evidence of portal hypertension. All patients had had repeated attacks of malaria. None showed any clinical evidence of infectious mononucleosis.

The Modes of Clinical Presentation Included the Following:

- 1) All had a history of fever (temperatures ranged from 38.0°C to 41.5°C)
- 2) The abdominal pain was of sudden onset, either generalized or mainly felt in the left hypochondrium and sometimes referred to the tip of the left shoulder. No history of any trauma, even trivial, was obtained from any of the patients. Generalized tenderness was common but sometimes was maximum in the right iliac fossa and/or the left hypochondrium. All patients presented relatively acutely except one who had had abdominal symptoms for two weeks prior to his presentation.
- 3) Dizziness and collapse were major common symptoms.
- 4) All had pallor and a rapid pulse (120/min or more) with a low blood pressure (average 80/60).
- 5) In six patients, free fluid was demonstrated in the abdomen either clinically or by sonography.

Investigations Included:

- 1) Total white blood count was generally raised. Range 10- 20x10³/L with neutrophilic leukocytosis. The differential counts were otherwise unremarkable.
- 2) Haemoglobin ranged from 4.5g/100ml to 8.7g/100ml.
- 3) All had positive blood films for *P. falciparum*, done previously elsewhere and also at the time of presentation.
- 4) Febrile agglutination serology for enteric fever and brucellosis was negative in all cases.
- 5). In six cases, plain x-ray of the abdomen and

sonography were suggestive of splenic rupture. The main radiological findings were absence of the psoas shadow and deformity of the gastric gas bubble. Abdominal sonography showed enlarged spherical spleen with an echo-poor band and fluid collection in the rectovesical pouch.

6) Abdominal paracentesis was performed in 4 cases pre-operatively and blood was observed in each sample.

Antimalarial Treatment:

Eight patients were already on intramuscular chloroquine and one of them was started on quinine at the time of admission. The ninth patient did not receive any antimalarials.

Operative Findings:

In all cases laparotomy was performed. Free and non-clotted blood was found in the peritoneum. All spleens were enlarged, soft, and ruptured. Rupture was anterior or anteromedial in 8 cases; the ninth showed a subcapsular haematoma which was actually suggested pre-operatively by sonography.

Pathological Findings

The spleens were received in 10% buffered formalin in saline. The weights ranged from 450 to 850grams. A rupture was found in 8 cases with the ninth showing a subcapsular haematoma. The maximum diameter of the tears was 2.5cm. Cut surface showed marked congestion in each case. Routine processing was performed and standard wax-embedded sections were stained by haematoxylin and eosin. In all, microscopy showed marked congestion, dilated sinuses, and stasis with some pigment-containing macrophages. Giemsa staining showed parasitised red blood cells in only three cases.

DISCUSSION

According to our knowledge, these cases we are reporting are the first cases of spontaneous rupture



from late June to early October. Malaria incidence is at its highest after the rainy season in October. The problem is compounded by insecticide and drug resistance (especially to chloroquine), extension of agricultural irrigation projects, and deterioration of the health infrastructure in African countries.^{6,7}

Malaria is the commonest cause of morbidity and mortality in this area. All age groups are affected and both sexes are involved equally. Most patients present with the known common symptoms of malaria, i.e. fever, rigors, headache, vomiting, diarrhoea, malaise, and abdominal and joint pains. Anaemia and hepatosplenomegaly are the commonest signs. Complications such as anaemia, cerebral malaria, pulmonary oedema, renal failure, disseminated intravascular coagulation (D.I.C.), and neurologic complications are also quite common. Expectant mothers and their offspring are subject to severe complications such as anaemia, abortion and low birth weight.⁶

Spontaneous rupture of the spleen as a complication of malaria is not known in this part of the world. The majority of malaria cases are due to *P. falciparum*. In a review by Zingman & Viner⁸ worldwide, only 11 cases of spontaneous splenic rupture due to falciparum malaria were reported in

the English language literature in the period from 1960 to 1991. Most cases occurring during acute infection are associated with *P. vivax*. Only sporadic reports, usually single case reports, were documented. Such cases were reported by Patel⁹ and Facer and Rouse.¹² Rarely, a normal spleen may be the site of spontaneous rupture as reported by Kumar et al.¹⁰ Kumar also discussed the commonest causes of spontaneous rupture of the spleen such as malaria, infectious mononucleosis, and typhoid fever. Other rare causes included metastasis such as the case reported by Buzbee and Legha.¹¹

There is a changing pattern in modes of presentation and severity of malaria among our population in this part of Sudan (personal observation). The cases of spontaneous rupture of the spleen we are reporting occurred within a short period of 6 months, between October 1993 and March 1994. No previous reports were found in Sudanese literature; and, hence, we are reporting these nine cases.

CASE HISTORIES

(see table)

All nine cases occurred in the period from October 1993 to March 1994. They were initially

E	E	TEMP(C) Hb(G/DL)	Symptoms/Signs	Past Medical History	Initial diagnosis	Treatment/Outcome
1	M/21	41.0 5.8	Vague abdominal discomfort, collapse, pulse 140/min, BP 80/60	Malaria (On I/M chloroquine) (Schistosomiasis)	Acute abdomen	Paracentesis Laparotomy- Splenectomy U.R.
2	M/18	40 5.9	Generalized abd. pain worse on movement, pulse 140/min, BP 80/50	Unremarkable (on I/M Chloroquine)	Peritonitis	Laparotomy-Splenectomy U.R.
3	F/30	38.5 6.5	Severe abd. pain left hypochondrium with fainting and collapse, pulse 140/min, BP 80/50	Unremarkable (on I/M Chloroquine)	U.T.I.+acute abdomen? enteric fever	Splenectomy U.R.
4	M/30	38 4.5	Severe abd. pain pulse 120/min, BP 80/60	Received I/M chloroquine, Started on quinine, (repeated Malarial attacks)	Acute abdomen	Splenectomy U.R.
5	M/28	38.5 6.2	Abd. Pain collapse pulse 130/min, BP 70/50	On I/M chloroquine Repeated malaria	Acute abdomen	Laparotomy-Splenectomy U.R.
6	F/25	41.5 5.8	Generalized Abd. pain pulse 120/min, BP 90/70	Repeated malaria-(on I/M Chloroquine)	? ruptured spleen	Paracentesis Splenectomy U.R.
7	F/19	40.5 5.4	Left hypochondrial pain pulse 135/min, BP 80/60	(Schistosomiasis), (repeated Attacks/malaria) on I/M Chloroquine	Ruptured spleen	Splenectomy U.R.
8	F/25	40.0 5.5	Left hypochondrial pain pulse 125/min, BP 80/60	Repeated attacks of malaria I/M chloroquine	Ruptured spleen	Splenectomy U.R.
9	M/32	39.0 8.7	Left hypochondrial pain referred to tip left shoulder pulse 120/min, BP 100/70	Repeated attacks of malaria Present complaints for 2 weeks Received no antimalarials	Ruptured spleen	Splenectomy U.R.

M= Male, I/M= Intramuscular, F= Female, U.T.I= Urinary tract infection, Temp= Temperature, U.R.= Unventable recovery



SPONTANEOUS SPLANIC RUPTURE AND FALCIPARUM MALARIA IN CENTRAL SUDAN :

A REPORT OF NINE CASES WITH REVIEW OF LITERATURE .

انفجار الطحال التلقائي و الملاريا المنجلية في وسط السودان

تقرير عن ٩ حالات مع مراجعة الأدب الطبي

A.A. MOHAMEDANI¹, M.D.; O.KHALAFALLA², M.D.; E.A. ALI³, M.D.; A.E. ELSHIEKH⁴ M.D.

د. أحمد عبد الله محمداني ؛ د. الطيب عبد الرحمن علي؛ د. عثمان خلف الله سعيد؛ د. أحمد الأمين الشيخ

ABSTRACT

The clinical, laboratory, and operative findings of nine cases of spontaneous rupture of the spleen due to P.falciparum malaria are presented. They all occurred in a period of six months (October 1993 to March 1994). No previous reports were found in Sudanese literature. Worldwide, there are a number of case reports mainly due to P. vivax and in non - immune, acutely infected international travelers. Very few cases were due to P. falciparum. Only 11 cases were reported due to falciparum malaria in a review of literature in the period from 1960 to 1991. A review of the literature is presented with a discussion of possible pathogenesis and various approaches to management.

ملخص البحث

نقدم في هذه الدراسة الموجودات السريرية والمخبرية والجراحية لتسع حالات من انفجار الطحال التلقائي الناتج من الإصابة بالمتطورة المنجلية (*Plasmodium falciparum*). كل هذه الحالات حدثت في فترة ٦ شهور - أكتوبر ١٩٩٣ وحتى مارس ١٩٩٤ - وعند البحث في المراجع السودانية لم نجد أي تقارير مسجلة لحالات مماثلة. أما على نطاق العالم فهناك حالات فردية ومعظمها ناتجة عن الإصابة بالمتطورة النشيطة (*P. vivax*) في مرضى ليس لديهم مناعة ضد الملاريا وكانت إصاباتهم حادة ومعظمهم من المسافرين من مناطق لا توجد بها ملاريا إلى مناطق موبوءة بها ؛ كما أن حالات انفجار الطحال التلقائي الناتجة عن الإصابة بالمتطورة المتجلية والتي سجلت ونشرت باللغة الانجليزية في الفترة من ١٩٦٠ وحتى ١٩٩١ لم تتعدى إحدى عشر حالة . كما نقدم مراجعة شاملة للمراجع التي نشرت عن هذا الموضوع من مناقشة الأمراض والطرق المختلفة للمعالجة .

INTRODUCTION

Malaria is the most common infectious disease in sub-Saharan Africa where at least 300-500 million episodes of clinical malaria cases are treated annually with over one million deaths.^{1,2}

The cases we are presenting were seen in Medani Teaching Hospital, Gezira State, Central

Sudan. In this region, malaria transmission is perennial with *Plasmodium falciparum* accounting for over 90% of the cases.^{3,4} The Gezira is the main agricultural region in Sudan and it is the biggest agricultural unit in the world run under one administration and one irrigation system. Hence water-borne diseases are very common, especially malaria and bilharzia.^{4,5} The rainfall is seasonal

1) Prof. A.A. Mohamedani: Professor of pathology - MBBs (Khartoum) D.C.P(London) FRC path. (UK)- Department of Pathology.

2) Prof. O. Khalafalla: Professor of Medicine MBBs (Khartoum) FRCP(U.K) Dept. of Medicine

3) Dr. E.A. Ali : Associate Professor of Surgery MBBs(Khartoum) FRCP (Ed.). Department of Surgery

4) Dr. A.E. Elshiekh: Associate Professor of Surgery. MBBS(Khartoum) FRCS(U.K.) Dept. of Surgery.

Faculty of Medicine University of Gezira Medani , Sudan.

ation with early flap coverage. *Plast. Reconstr. Surg.* 1981;68:73-79.

9. Byrd HS, Spicer TE, Cierny G III. Management of open tibial fracture. *Plast. Reconstr. Surg.* 1985;76:719-28.

10. Georgiadis GM, Bechrens FF, Joyce MJ et al. Open tibial fractures with severe soft tissue loss. Limb salvage compared with below the knee amputation. *J Bone joint Surg.* 1993;75 (A):1431-1441.

11. Swartz WM, Banis JC, Newton ED, Ramasastry SS, Jones NF, Acland R. The osteocutaneous scapular flap for mandibular and maxillary reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.* 1986;77:530-45.

12. Taylor GI. The current status of free vascularized bone grafts. *Clin Plast Surg* 1983;10:185-209.

13. Musharafieh RS, et al. Microvascular Soft-Tissue Coverage an Distraction Osteosynthesis for Lower-Extremity Salvage. *Microsurgery* .1996;17:666-673.

14. Evans GRD, Francel TJ, Manson PN. Vascular prosthetic complications: Success of a salvage with muscle-flap reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 1993;91:1294-1302.

15. Gault DT, Quaba A. Is flap cover of exposed metal work worthwhile? A review of 28 cases. *Br J Plast Surg* 1996;38:505-509.

16. Lesavoy MA, Dubrow TJ, Wackym PA, et al. Muscle flap coverage of exposed endoprosthesis. *Plast Reconstr Surg* 1989;83:90-99.

17. Gosain A, Change N, Mathes S, et al. A study of the relationship between blood flow and bacterial inoculation in musculocutaneous and fasciocutaneous flaps. *Reconstr Surg* 1990;86:1152-1162.

18. Russel RC, Graham Dr., Feller AM, et al. Experimental evaluation of the antibiotic carrying capacity of a muscle flap into a fibrotic cavity. *Plast Reconstr Surg* 1988;81:162-170.

19. Atiyeh BS, Sfeir RE, Hussein MM, et al. Preliminary Arterio-Venous Fistula for Free-Flap Reconstruction in the Diabetic Foot. *Plast Reconstr Surg.* 1995;95:1062-1069.

20. Atiyeh BS. Microsurgical Composite Tissue Transfer: An Expanding Horizon in reconstructive Surgery. *Leb Med.* 1994;42:112-116.

21. Hodges PL. Microsurgery: Free tissue transfer and replantation. *Select Read. Plast. Surg.* 1991;6(11):1-25.

22. Fix JR, Vasconez LO. Fasciocutaneous flaps in reconstruction of the lower extremity. *Clin. Plast.*

Surg. 1991;18:571-81.

23. Saltz R, Hochberg J, Given KS. Muscle and musculocutaneous flaps of the foot. *Clin. Plast. Surg.* 1991;18:627-37.

24. Nahai F. Soft tissue reconstruction of the lower leg. *Perspec. Plast. Surg.* 1987;1:1-23.

25. Tolhurst DE. Fasciocutaneous flaps and their use in reconstructive surgery. 1990;4:129-44.

26. Urbaniack JR, Koman AI, Goldner RD, Armstrong NB, Nunley JA. The vascularized cutaneous scapular flap. *Plast. Reconstr. Surg.* 1982;69:772-78.

27. Shestak KC, Jones NF. Microsurgical free tissue transfer in the elderly patient. *Plast. Reconstr. Surg.* 1; 88: 259-63.

28. Shestak KC, Fitz DG, Newton ED, Swartz MW. Expanding the horizons in the treatment of severe peripheral vascular disease using microsurgical techniques. *Plast. Reconstr. Surg.* 1990;85:406-11.

29. Buncke HJ, Alpert Bs, Lineaweaver WC, Valauri FA, Buncke GM. Organization of the replantation unit. In: Buncke HJ, editor. *Microsurgery: Transplantation - Replantation.* Philadelphia: Lea & Febiger. 1991;589-91.

30. Buncke HJ. Introduction. In: Buncke HJ, editor. *Microsurgery: Transplantation - Replantation.* Philadelphia: Lea & Febiger. 1991;3-5.

31. Lindman O, Daniel RK. Evaluation of clinical microvascular anastomosis: Reasons for failure. *Ann. Plast. Surg.* 1981;6: 215-19.

32. Buncke HJ, Lineaweaver WC, Valouri FA, Buncke GH. Monitoring. In : Buncke HJ, editor. *Microsurgery: Transplantation - Replantation.* Philadelphia: Lea & Febiger. 1991;715-20.

33. Smith JW: Microsurgery: Review of the literature and discussion of microtechniques. *Plast Reconstr Surg.* 1966;37:227..

34. O'Brien BM, Morrison WA, and Gumley GJ: Principles and techniques of Micorvascular Surgery. IN: McCarthy JG(ed), *Plastic Surgery.* Philadelphia, EB Saunders. 1990; Vol 1, Ch 12, pp 412-473.

35. Jacobson JH, Miller DB, and Suarez E: Microvascular surgery: A new horizon in coronary artery surgery. *Circulation* 1960;22:767.

36. Green GE, Som ML, and Wolff WI: Experimental microvascular suture anastomosis. *Circulation (Suppl)* 1966;23:1.

37. O'Brein BM. The role of microsurgery in modern surgery. *Ann. Plast. Surg.* 1990;24:258-66.



institution.^{33,34,35,36} (see table IV)

Microsurgical free tissue transfer should not be left as a last resort salvaging procedure following failure of less complex procedures, but, instead,

want this subspecialty to have an optimal future in our area. Sporadic individual efforts are not enough to demonstrate the value of this surgical technique and to achieve its recognition as a spectacularly noble and ultimate form of surgery.

Table IV Free Flap Success Rates and Learning Curve

Center/Author	Experience	Success Rate
Serafin (46) 1980	First 25 cases Last 25 cases	72% 96%
Godina (47) 1986	First 100 cases Last 100 cases	74% 96%
Harashina (48) 1988	First 3 years Last 5 years	75% 97%
Buncke (49) 1989	First 3 years Last 3 years	83% 97%

should be performed when it is felt that microsurgical techniques offer a better option for the patient.^{30,37}

Microsurgical composite tissue transfer in the Middle East has found little enthusiasm among reconstructive surgeons, and has not been recognised by the public as an ultimate surgical technique such as open-heart surgery or kidney transplantation. Successful free tissue transfer may not make the difference between life and death for a patient, but, in most instances, it may save the patient an amputation and significantly reduce morbidity whilst offering better chances for speedy recovery of function and restoration of a socially acceptable form. The free tissue transfer procedure is, unfortunately, a lengthy and difficult surgical technique, requiring a certain amount of special equipment and expertise, and, above all, it necessitates vigilant postoperative monitoring which can be more exhausting to the surgeon than the surgical procedure itself. The establishment of a microsurgical team in which experienced medical and paramedical personnel cooperate in the demanding care of these patients is essential if we

REFERENCES

1. Mc Lean OH, Buncke H. Autotransplant of omentum to a large scalp defect with microsurgical revascularization. *Plast. Reconstr. Surg.* 1972;41:268-73.
2. Daniel RK, Taylor GI. Distant transfer of an island flap by microvascular anastomosis. A clinical technique. *Plast. Reconstr. Surg.* 1973;52:11-16.
3. O'Brein BM, MacLeod AM, Hayhurst JW, Morrison WA. Successful transfer of a large island flap from the groin to the foot by microvascular anastomosis. *Plast. Reconstr. Surg.* 1973;52:271-78.
4. Russel CD Discussion: Emergency free flap transfer for reconstruction of acute complex extremity wounds. *Plast Reconstr. Surg.* 1992; 89:889-90.
5. Chen SHT, Fu-Chan Wei, Hung-Chi Chen, Chwei-Chin Chuang, Noordhoff MS. Emergency free flap transfer for reconstruction of acute complex extremity wounds. *Plast Reconstr. Surg.* 1992;89:882-88.
6. Chick LR, Lister GD, Sowder L. Early free flap coverage of electrical and thermal burns. *Plast. Reconstr. Surg.* 1992;89:1013-21.
7. Godina M. Early microsurgical reconstruction of complex trauma of the extremities. *Plast. Reconstr. Surg.* 1986;78:285-92.
8. With associated soft tissue loss: External pin fix-



handicapped by the pedicle which carries the blood supply and assures viability of tissues whilst at the same time restricting the area of reach and the arc of rotation. Adequate pedicled flaps often are not available for the reconstruction of defects of the lower leg and foot, the hand, or the scalp. Cross leg flaps, groin flaps, or acrobatic multistage pedicled jump flaps, which were widely used in the past for difficult locations and which were characterised by multiple surgical procedures and lengthy hospitalisation as well as a considerable complication rate, have been surpassed by free tissue transfer. Microsurgical techniques have liberated axial flaps from their attachment allowing one stage reconstruction, reducing hospitalisation, and decreasing complications and failure rates.

Although muscle flaps seem to be better suited to treat chronic osteomyelitis,^{21,22,23,24,25} fasciocutaneous flaps can be successfully used to cover chronically draining sinuses.^{22,26} The fasciocutaneous flap, however, does not readily fill deep irregular defects or large gaps between bone ends,²² and in such situations, muscle flaps are more versatile. This was observed in our series: 8 had radial forearm fasciocutaneous flaps, one had a latissimus dorsi muscle flap, and 12 had rectus abdominus muscle flaps with no evidence of recurrence of the infection during the study period.

Finally, 10 patients with diabetic foot ulcers were managed using microsurgical techniques. Free flaps performed in the elderly or for patients with peripheral vascular disease represent a new and expanding horizon in reconstructive surgery.^{27,28} The use of free tissue transfer as an adjunct to arterial reconstruction has a positive impact on limb salvage in those patients with advanced arteriosclerosis and nonhealing ischemic wounds.²⁸ The ultimate limb procedure for these patients need not necessarily be amputation. Some patients with minor ulcers may heal following arterial reconstruction with a reversed saphenous vein graft. More extensive ulcers require free flap coverage at the same time or after arterial reconstruc-

tion. The flap's artery is anastomosed end to side to the reversed saphenous vein graft used for the vascular bypass. However, in some patients with extensive ulcers which would not heal spontaneously, vascular reconstruction may not be indicated or may not be possible. In such cases, long reversed saphenous vein grafts are used as preliminary arteriovenous fistulae to supply the free flap alone. This can be done in one stage or two stages. Four such cases were done in our series. The onlay of healthy vascularized tissues on ischemic foot ulcers has been found to increase the blood supply of the entire foot by the ingrowth of new blood vessels from the flap which form anastomoses with the native circulation and produce an "indirect revascularization" of the limb.²⁸ In addition to salvage of the limb, our patients had a significant clinical decrease in claudication at rest, which is a good indication of better perfusion.

CONCLUSION

Microvascular composite tissue transfer has a wide variety of clinical applications in the reconstruction of the lower extremity including early soft tissue coverage of complex wounds, treatment of chronic osteomyelitis, and, finally, reconstruction of the foot in patients with severe diabetic neuropathy and peripheral vascular disease.

A team approach is essential for any successful microsurgical free flap transfer.^{29,30} Extensive consultations and deliberations among the various members of the team are critical for adequate analysis of the problem at hand, and for the proper planning of various therapeutic steps. Performing the surgery with two surgical teams significantly reduces the operative time and minimises the effect of surgeon fatigue on the final outcome.³⁰ By meticulous consideration of every detail and careful monitoring, total flap loss can be minimised, and failing flaps can be successfully salvaged.^{30,31,32} Our rate of complication and failure, when compared to other series, justifies microsurgical free tissue transfer as a viable option at our



rience in microanastomosis increased (from a mean time of 90 minutes in the first 15 cases, to a mean of 30 minutes in the last 37 cases).

DISCUSSION

The cases studied in this review, although few in number, illustrate almost all the clinical applications of microvascular composite tissue transfer including early soft tissue coverage of complex extremity wounds, treatment of chronic osteomyelitis, and finally reconstruction of the foot in patients with severe diabetic neuropathy and peripheral vascular disease. Although emergency free flap coverage of extensive wounds with exposed bones, joints and tendons is rarely indicated,⁴ the value of early coverage in such cases cannot be overlooked.^{4,5,6} Flap failure, infection, bony non-union, number of operations needed, and hospital stays increase significantly when soft tissue coverage is delayed.^{5,7} Byrd et al. demonstrated superior results in the treatment of lower extremity wounds when flap transfer was performed within 5 days of injury.^{8,9} Godina reported an incidence of 0.75% of free flap failure and 1.5% of infection in a group of patients treated with flap coverage within 72 hours.⁷ These results were reproduced in our series; the one failure was of a flap performed at day 4 for a degloving injury of the ankle, and 3 of the 4 complications were in patients operated on at 2, 3, and 4 weeks post injury. There was one infection in a patient operated on acutely that was treated successfully with antibiotics. With modern techniques of reconstructive microsurgery, 90% of lower limb soft tissue defects can be reliably and successfully covered; however, this does not ensure a successful final outcome. More than 40 percent of type III-C lower limb injuries which have relatively delayed soft tissue coverage will eventually result in an amputation secondary to an infected non-union¹⁰. Unless osseous integrity can be restored, any attempt at limb salvage remains useless. Free vascularized bone grafts using microsurgical techniques are by far superior to conventional grafts in

this regard, particularly for large bony defects or where the defect is in a compromised bed.^{11,12}

For small bony defects of the lower extremity, soft tissue coverage with cancellous bone grafting may be sufficient. In such cases, the classical compression-distraction technique is also a good alternative. For larger defects, or for bony defects in infected chronic cases, the combined method of soft tissue coverage with free flaps and distraction osteosynthesis has proved to be the method of choice.¹³ In our series, all fractures of the lower extremity healed; 8 tibial fractures (5 IIIB and 3 IIIC) required either cancellous bone grafts, bone transport, or osteocutaneous grafts to bridge bone gaps of 3-14 cms.

Even though in some cases, the wisdom of lower limb salvage may be in doubt and amputation seemingly the only recourse, the patient's desire to retain his limb should not be overshadowed by the benefits of amputation with regard to rehabilitation or early return to work following serious injuries. Emotional, cultural and social factors, in addition to economic factors, should also be seriously considered before formulating any treatment plan.

Pedicled muscle flaps have been frequently used during the past three decades to control bacterial inocula in a variety of clinical situations such as chronic osteomyelitis or coverage of retained metallic hardware of joint prostheses.^{14,15,16} Experimental studies have demonstrated increased oxygen tension, increased phagocytotic activity, and decreased bacterial counts in wounds reconstructed with muscle flaps.¹⁷ Antibiotic delivery is also improved.¹⁸ Muscle flaps add soft tissue to obliterate dead space, prevent fluid collection, and promote healing.^{14,19,20} The actual type of flap used for coverage seems to be less critical in determining the final outcome of the procedure, provided the flap is well vascularized and the basic concepts of debridement as well as obliteration of dead space are respected.⁵ Pedicled flaps, however, are



Table II Free Tissue Transfer And Type Of Pathology

	Acute Wound	Chronic Osteomyelitis	Diabetic Foot Ulcer	Chronic Wound	Total
Radial Forearm	7	8	1	0	16
Latissimus Dorsi	1	1	1	0	3
Scapular	0	0	1	1	2
Rectus Abdominus	11	12	7	1	31
Total	19	21	10	2	52

ulcer and peripheral vascular disease, 3 for acute wound management and one for treatment of chronic osteomyelitis.

RESULTS

Four rectus abdominus flaps and one scapular fasciocutaneous flap failed (success rate=92.3%). The rectus abdominus flaps were performed for degloving injury of the Achilles tendon with an unstable scar of 3 years' duration, chronic osteomyelitis of a IIIB tibial fracture of 2 months' duration, chronic osteomyelitis of a IIIC tibial fracture of 3 years' duration, and an acute wound of the distal leg of 4 days' duration. The scapular fasciocutaneous flap was performed for a soft tis-

resolved after injection of recombinant tissue plasminogen at the arterial anastomosis. There was one dehiscence of the flap that was resutured. Five of the flaps had partial thickness necrosis that was managed successfully with split thickness skin grafts. There was one wound infection in a degloving injury of the ankle that was treated successfully with antibiotics. We had no complications with the remaining 35 free flaps. During the study period there was no evidence of recurrence of infection in the chronic osteomyelitis group. One rectus abdominus flap failed to control the foot infection in the diabetic foot ulcer group; the patient was lost to follow up 2 months postoperatively. All failures and flap revisions occurred in the first 20 cases. (see table III)

Table III Results

	ACUTE TRAUMA 19	CHRONIC OSTEO 21	DIABETIC 10	SCAR 2	TOTAL 52
FAILURE	1(5.2)	2(9.5)	0(0)	2(100)	5(9.6)
COMPLICATION	4(21)	3(14.3)	5(50)	0	12(23.1)
NONE	14(73.8)	16(76.2)	5(50)	0	35(67.4)
TOTAL	19	21	10	2	52

sue defect of the calf of 1 year duration.

Two free flaps had venous congestion secondary to venous thrombosis which resolved after revision of the venous anastomosis. Two other flaps had ischemia due to arterial occlusion which

The hospitalisation time varied from 7 to 71 days with a mean of 26.6 days. Many patients, in particularly those with the longest hospitalisation time, were admitted for a lengthy time before the procedure due to their primary insult. There was a marked decrease in the ischemia time as our expe-



tive surgery. These techniques have opened new horizons offering a speedy solution to a wide variety of traumatic and ablative defects with the minimal amount of morbidity and with adequate restoration of form and function.

With experience, we have learned that free tissue transfer can also be performed safely but cautiously in the elderly and in patients with peripheral vascular disease.

MATERIALS AND METHODS

A retrospective study was conducted on all cases requiring microsurgical composite tissue transfer for the reconstruction of the lower extremity operated on at the American University of Beirut Medical Center between January 1992 and December 1996. Fifty-two various free composite tissue transfers were performed on 44 male and 8 female patients with an age range of 8 to 75 years, the mean age being 39 years. The follow-up period was 1.5-5 years with a mean of 3.2 years. There were four categories of pathology for which these procedures were performed; 19 patients had extensive injuries requiring early soft tissue coverage, 21 patients had chronic osteomyelitis, 10 patients had chronic diabetic foot ulcers and 2 had chronic soft tissue defects or unstable scars. (see table I)

Organisms cultured at the time of free tissue transfer in this group of patients included: *Escherichia coli*, *Enterobacter agglomerans*, *Citrobacter diversus*, *Proteus vulgaris* and *Acintobacter*.

In the chronic osteomyelitis group, the infection involved the heel (8), ankle (1), foot (5), and the tibia (7). All patients had multiple debridements and prolonged antibiotic treatment prior to presentation. The mean duration of disease was 4.8 years (1 to 25 years). There were 5 cases of infected tibial non-union. The organisms cultured in this group included: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus coagulase negative*, *Streptococcus A*, *Streptococcus viridans*, *Pseudomonas*, *Bacteroides fragilis*, *Acintobacter*, *Proteus mirabilis* and *Morganella morganii*. There were 10 patients with diabetic foot ulcers. Five patients had previous debridement including metatarsal amputations, and five had arterial bypass surgery and debridement. The organisms cultured in this group included: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus coagulase negative*, *Streptococcus A*, *Streptococcus viridans*, *Pseudomonas*, *Bacteroides fragilis*, *Actinobacter*, *Proteus mirabilis*, *Escherichia coli*, *Enterobacter agglomerans*, *Citrobacter diversus* and *Proteus vulgaris*.

Table I

Diagnosis And Anatomical Location

	Acute Wound	Chronic Osteomyelitis	Diabetic Foot Ulcer	Chronic Wound	Total
Lower Extremity	19	21	10	2	52

Extensive wounds requiring early free tissue transfer included: degloving soft tissue injuries (5), compound fractures of the foot (6), Gastilu type III C tibial fractures (3), and Gastilu type III B tibial fractures (5), with bone gaps ranging from 3 to 14 cms.

There were 16 radial forearm fasciocutaneous flaps, 3 latissimus dorsi muscle flaps, one fasciocutaneous and one osteocutaneous scapular flaps, and 31 rectus abdominis muscle flaps. (see table II)

Eight patients required construction of a preliminary arterio-venous fistula prior to free tissue transfer; 4 were for patients with a diabetic foot



MICROSURGICAL FREE TISSUE TRANSFER FOR LOWER EXTREMITY RECONSTRUCTION A REVIEW OF 52 CASES

نقل الأنسجة الحر بواسطة الجراحة المجهرية لترميم الطرف السفلي مراجعة ٥٢ حالة

Ramzi MUSHRRAFIEH, M.D.¹; Bishara ATIYEH, M.D.²

د. رمزي مشرفية ، د. بشارة عطية

ABSTRACT

The use of free composite tissue transfer for reconstruction of the lower extremity was evaluated in a retrospective study. Fifty-two patients operated on at the American University of Beirut between January 1992 and December 1996 were identified. The microsurgical reconstructive procedures were performed for the management of acute wounds, compound fractures, chronic unstable defects, chronic osteomyelitis, and diabetic foot ulcers.

At a mean follow-up of 3.2 years, there was a failure rate of 9.6%, adequate control of diabetic foot ulcers in 90% of the patients, and no evidence of recurrence of osteomyelitis during the study period. All compound foot fractures and all IIIB and IIIC tibial fractures were managed successfully utilising either corticocancellous bone grafting, composite osteocutaneous free flaps or bone transport techniques.

Our results show that free tissue transfer is a safe and viable treatment option in a wide variety of clinical situations.

A brief discussion of the history of microvascular free tissue transfers as well as their value in modern reconstructive surgery is also presented.

ملخص البحث

تم تقييم استعمال نقل الأنسجة الحر بواسطة الجراحة المجهرية لترميم الأطراف السفلية من خلال دراسة الحالات التي أجريت ما بين كانون الثاني ١٩٩٢ و كانون الأول ١٩٩٦. لقد أجريت الجراحة المجهرية على ٥٢ حالة تضمنت الكسور المركبة، الندبة المزمنة، التهاب العظم والنقي المزمن وقروح القدم السكرية.

لقد تبين أن نسبة الفشل لا تتعدى ٩.٦% مع سيطرة جيدة جداً لقروح القدم السكرية وعدم تجدد التهاب العظم والنقي خلال فترة المراجعة. كما وأن كل الكسور المركبة في القدم والضموم قد التأم مع استعمال تطعيم حر، مركب أو نقلي في بعض الحالات. ان هذه النتائج تدل على ان نقل الأنسجة الحر بواسطة الجراحة المجهرية لترميم الطرف السفلي لها عدة استعمالات ناجحة. كما وان هذه المقالة تتضمن ملخص عن تاريخ جراحة الترميم المجهرية.

INTRODUCTION

Two decades following the first successfully performed composite free tissue transfer by

McLean and Buncke¹ and the transfer of island flaps from the groin to reconstruct traumatised lower extremities by Daniel and Taylor and O'Brein et al.^{2,3} microsurgical techniques have become one of the essential pillars of reconstruc-

1) Ramzi Musharrafieh, M.D.

Associated Professor of Orthopaedic Surgery. Hand and Microvascular Surgery. American Univ. of Beirut Medical Center

2) Bishara Atiyeh, M.D.

Associated Clinical Professor of Plastic and Reconstructive Surgery. American Univ. of Beirut Medical Center P.O.Box.113-6044. Fax: 961-744464.

Multiple daily insulin injections improve self-confidence . Diabetes Med , 1989;6:512-519.

8. Houtzagers CM, Berntzen PA, van der Stap H, et al. *Efficacy and acceptance of two intensified conventional insulin therapy regimens: a long-term cross-over comparison. Diabet Med,1989;6:416-421.*

9. European NIDDM Policy Group. *A desktop guide for the management of non-insulin-dependent diabetes mellitus (NIDDM). 2 ed .Mainz : Verlag Kirchheim, 1993.*

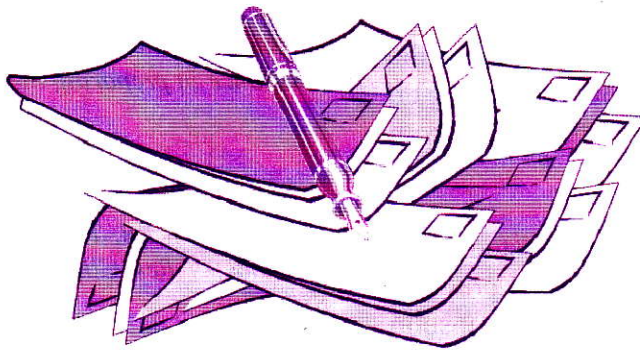
10. Sommerfeldt E, Oygard R, Sander J, Jervell J.

NovoPen - a useful aid also for blind diabetic patients . Diabetes Care 1989; 12 :306-307.

11. Pray WP. *Proper use of insulin syringes. Pharmacist, December 1993; 76-84.*

12. Chantelau E, Lee DM, Hemmann DM, Zipfel U, Echterhoff S . *What makes insulin injections painful ? Br Med J,1991;303:26-27.*

13. Jorgensen JO , Flyvbjerg A ,Jorgensen JT, Sorensen HH, Johansen BR, Christiansen JS. *NPH insulin administration by means of apen injector . Diabet Med 1988; 5: 574-576.*



syringes and vials ($p=0.00003$). Given that the gauge of needles used for insulin injection is now so small that injections should be virtually painless,¹¹ these findings are a little surprising. However, it has been suggested that the most important factor causing injection pain in patients with diabetes is not needle size or the volume of injection, but the bluntness of the needle.¹² Needles on conventional syringes are blunted by being re-used, and by piercing the stopper on the insulin vial. Injecting with the NovoPen-3 does not involve piercing a vial before injecting. Thus, a difference in bluntness of the needles used may be a possible explanation for the reduced incidence of pain on injection in the NovoPen-3 group.

Thus, this study showed an overall trend for insulin injections to be perceived as easier, faster and less painful with NovoPen-3 than with conventional syringe/vial administration. This probably explains the greater acceptance of NovoPen-3 compared with syringe/vial, which while not statistically significant, can be viewed as clinically relevant. The greater ease and comfort of use associated with NovoPen-3 probably also explains the overwhelming preference (90%) for continuing on NovoPen-3 in patients who had experienced both systems.

These findings confirm those of studies in IDDM patients, in whom a preference for previous models of NovoPen over conventional insulin administration has also been demonstrated. For example, in a study in 78 IDDM patients,⁵ 95% preferred the NovoPen-3 regimen to conventional treatment and stayed on it at the end of the study. In another study in 50 IDDM patients, all but two elected to continue with NovoPen-3.¹³ Similar findings have been recorded in other trials.^{6,8} The findings of our study also suggest that using NovoPen-3 may help to reduce the psychological trauma that some patients experience when starting insulin therapy. This is in line with the findings of a trial in IDDM patients which found that the use of NovoPen led to reduced anxiety and improved

self-concept compared with conventional injection.⁷

CONCLUSION

This study indicates that patients find NovoPen-3 easier to use than conventional syringes and vials, in terms of overall ease of use, setting/drawing up the dose and the time spent injecting. Injection pain is also reduced with NovoPen-3 compared with syringes and vials. The vast majority of patients elected to continue with NovoPen-3 rather than conventional insulin administration. It is predicted that use of NovoPen-3 may help to increase acceptance, reduce anxiety and possibly also aid in compliance in patients with NIDDM when they are started on insulin therapy.

ACKNOWLEDGMENTS

This research was supported by a grant from Novo Nordisk A/S, Middle East and Africa Regional Operation, Greece.

The researchers would like to thank Birgitte Toftemose for her efforts in preparing the protocol and assistance in preparing the manuscript.

REFERENCES

1. Holman RR, Turner RC. Insulin therapy in Type II Diabetes Res Clin Pract, 1995;28 Suppl: S 179-S184.
2. Bashoff EC, Beaser RS. Insulin therapy and the reluctant patient. Postgrad Med, 1995; 97:86-96.
3. Ratzmann KP. The psychological aspects of diabetes with secondary failure of sulfonylurea therapy. Dtsch Med Wochenschr; 1991; 116:87-90.
4. Position statement. Insulin administration. Diabetes Care, 1996;19 Suppl 1:S31-S34.
5. Murray DP, Keenan P, Gayer E, et al. A randomized trial of the efficacy and acceptability of a pen injector. Diabet Med, 1988; 5: 750-754.
6. Kolendorf K, Beck-Nielsen H, Oxenboll B. Clinical experience with NovoPen II and insulin Protaphane HM penfill. Postgrad Med J, 1988; 64 Suppl 3: 14-16.
7. Houtzagers CM, Visser AP, Berntzen PA, et al.



with respect to mean fasting blood glucose, HbA_{1c} levels and mean insulin dose levels ($p=0.001$)(Table 1).

the injection can be done inconspicuously, even in public. In this study, most patients occasionally or frequently carried their NovoPen-3 with them, and

		Fasting blood Glucose (mg/dL)	HbA _{1c} (%)	Insulin dose, total daily (IU)
Group A (N=15)	week 0	263.7 ± 70.5		
	week 4	172.9 ± 61.7	10.3 ± 2.6	39.2 ± 8.9
	week 12	141.4 ± 67.1	7.8 ± 2.1	42.6 ± 11.3
	week 20	131.8 ± 51.6	7.6 ± 2.3	43.9 ± 12.6
Group B(n=16)	week 0	286.1 ± 72.6	-	-
	week 4	163.1 ± 51.2	10.7 ± 2.2 (n=15)	39.9 ± 12.8
	week 12	152.6 ± 51.3	8.0 ± 1.7	44.5 ± 13.2
	week 20	126.2 ± 42.8	7.1 ± 1.8	46.4 ± 13.7

Table 1. Mean fasting blood glucose, mean HbA_{1c}, and mean insulin dose at weeks 0,4,12 and 24 (mean ± SD). Data on these parameters are available for 31 of the 43 patients completing the study.

In the total group of patients, a maximum of 4 hypoglycemic episodes per 4-week period were reported, all of which were mild. Only one adverse event was reported during the study. This was skin rash at the site of insulin injection, which disappeared after 2 weeks. A relationship to study medication was considered possible. No major changes in mean body weight were observed in either treatment group.

DISCUSSION

In patients who are visually or neurologically impaired¹⁰ and those using multiple daily injection regimens, a device such as NovoPen-3 may help improve the ease and accuracy of insulin administration.⁴ Patients with physical difficulties may prefer pen devices because they reduce dependency on others. Busy people may also prefer pen devices because they are easy to carry and

over 80% occasionally or frequently used their pen in public places.

The results of this study, which was carried out in Jordan and Kuwait, demonstrate that the use of pen injection devices is a feasible solution for the treatment of patients with diabetes in countries where treatment practices are being developed. Both these countries have a hot climate, therefore, the use of injection devices that can be stored outside a refrigerator is highly convenient.

Although most patients in this study reported little or no pain on injection, there is evidence that injections with NovoPen-3 are less painful for patients than with conventional syringe/vial administration. Comparison between the two administration systems showed that insulin injections were perceived as significantly less painful when using NovoPen-3 than with conventional



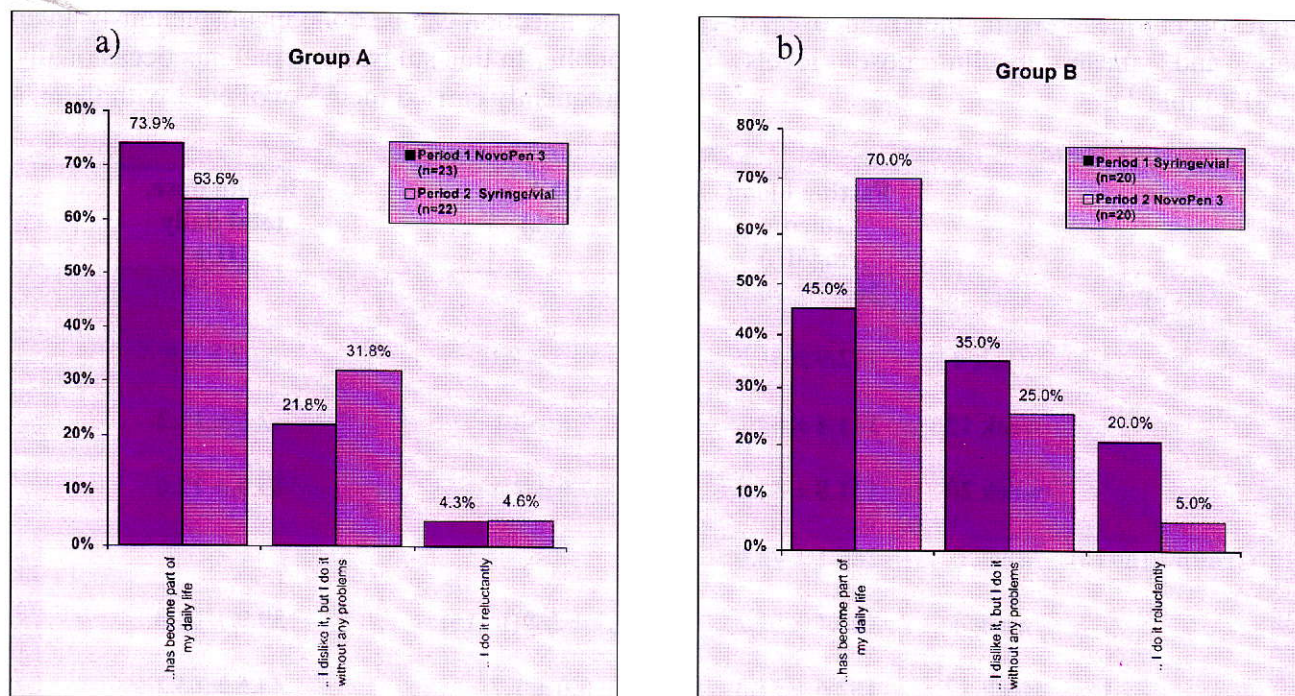


Figure 2 . Overview of answers to the statement : " Injecting myself.. "

their NovoPen 3 in public places, while 60% said they did so occasionally; 19% never used the pen in public. Forty one percent frequently carried their pen with them, 45% did so occasionally and 14% never.

Changing the cartridges was considered very easy by 57% of patients, easy by 40% of patients and slightly complicated by the remaining 3%. Changing the needle was considered very easy by about 67% of patients and easy by the remaining patients.

The mechanism for correcting the dose set before injection was used infrequently by all patients: 26% used it occasionally, 45% very seldom and 29% never. Most patients (about 64%) had no preference between a plastic or metal device. Among the patients who did have a preference, slightly more preferred a metal pen to a plastic one.

Metabolic control

There were no significant differences between Group A and B with respect to mean fasting blood

glucose, mean HbA1c levels or mean insulin dose throughout the study. Between baseline (week 0) and the end of study (week 20), fasting blood glucose (mean $\pm$ SD) decreased from 264.72 ± 70.38 mg/dL to 138.55 ± 45.77 mg/dL in Group A, and from 284.00 ± 70.87 mg/dL to 127.00 ± 33.12 mg/dL in Group B. Preprandial blood glucose before lunch also decreased between baseline and week 20 in both treatment groups. Between the first HbA1C measurement at week 4 and the end of the study, HbA1c levels (mean $\pm$ SD) decreased from $10.4 \pm 2.6\%$ to $7.6 \pm 2.3\%$ in Group A and from $10.8 \pm 2.2\%$ to $7.2 \pm 1.9\%$ in Group B. The decreases in fasting blood glucose and HbA1c levels in the total group of patients were statistically significantly ($p = 0.000$ for both changes). The mean total daily insulin dose increased significantly during the study ($p < 0.041$).

An analysis comparing Periods 1 and 2 in the total group of patients showed that the improved glycemic control developed from week 12 to week 20, with better control at the end of the study. A multivariate analysis showed a statistically significant difference between week 12 and week 20



with 20% finding it difficult and 10% finding it very difficult. All patients using NovoPen-3 were certain or very certain of setting up the correct dose, compared with 80% of those using syringes and vials.

Patients in both treatment groups were more likely to set or draw up an incorrect dose when using syringes and vials than with NovoPen-3. Over half of the patients (56.2%) using NovoPen-3 said they never set or drew up an incorrect dose, compared with only 15% of the patients using conventional administration. When asked about their reaction to setting an incorrect dose, the patients using syringes and vials most commonly answered, 'I will repeat the dosing procedure and inject the correct dose (57.9% of patients), whereas the patients using NovoPen-3 mainly answered 'I will try to correct the dose and inject' (59.1% of patients). In the comparison between administration systems dose setting was considered slightly but statistically significantly easier with NovoPen-3 than with syringe and vial ($p < 0.00228$).

The proportion of patients in Group A who scored insulin injections as 'has become part of my daily life' decreased from 73.9% to 63.6% after the switch from NovoPen-3 to syringes and vials. Conversely, the proportion of patients in Group B who scored insulin injections as 'has become part of my daily life' increased from 45% to 70% following the switch from syringes and vials to NovoPen-3.

Injection pain and injection marks in both groups, most patients found their insulin injections only slightly painful or had no pain at all. When comparing the two administration systems, injections were perceived as less painful with NovoPen-3 than with syringes and vials ($p < 0.00003$).

Most patients in both treatment groups had no red/blue marks due to insulin injections with either administration system. However, the between

administration system comparison showed that the number of red/blue marks was significantly lower during NovoPen 3 use than during administration with syringes and vials ($p < 0.2535$).

Acceptance of insulin injectionsThe between administration system comparison showed that acceptance of insulin injections as part of daily life was higher when the patients were using NovoPen 3 than when they were using syringes and vials (Figures 2a and 2b).

Although the difference was not statistically significant ($p < 0.07071$) it may be of clinical relevance.

Preference of injection system

At the end of Period 2, the attitude among patients to changing to the alternative insulin administration system differed between Groups A and B. In Group A, about 41% of patients regarded syringes and vials as easier to use than NovoPen 3, 50% though syringes and vials were more difficult to use than NovoPen 3 and 9% thought both systems were the same. In Group B, however, almost all patients (90%) thought NovoPen 3 was easier to use than syringe/vial administration. At the end of the study, most patients (about 90%) said that, given the choice, they would prefer to continue with NovoPen 3 rather than syringes and vials. About 7% of patients had no preference and the remaining 3% preferred syringes and vials.

Questions regarding NovoPen-3

The questions about NovoPen-3 covered the patients' acceptance of the various features of the device, and their perceptions about its use. Pooling data from Group A and Group B, the maximal doses used per single injection ranged between 20 and 50 IU, while the minimal doses used ranged between 8 and 25 IU. Half the patients (52%) responded that the increment of units did not matter, while about 36% preferred increments of 1 IU.

Some 21% of patients said they frequently used



initiated one patient was found to have a pancreatic mass and was referred elsewhere for therapy.

Practical aspects of insulin administration among the patients starting insulin injection using NovoPen-3 (Group A), most initially found the practical aspects of insulin administration, such as dosing and injecting, very easy (65%) or easy (30%) (Figure 1a).

the end of Period 1 than at the beginning

Managing insulin injections

Managing insulin injections, in terms of the time spent per injection and selecting and drawing up the correct dose, was generally considered easier with NovoPen-3 than with conventional syringes and vials. No patient using NovoPen-3

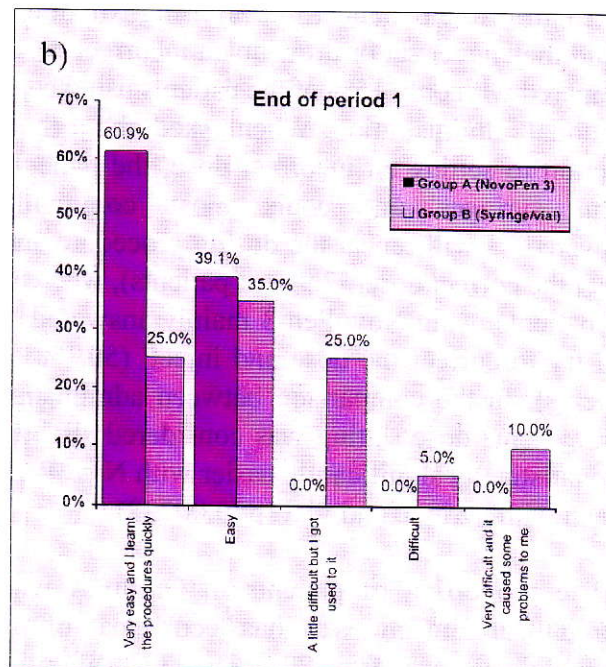
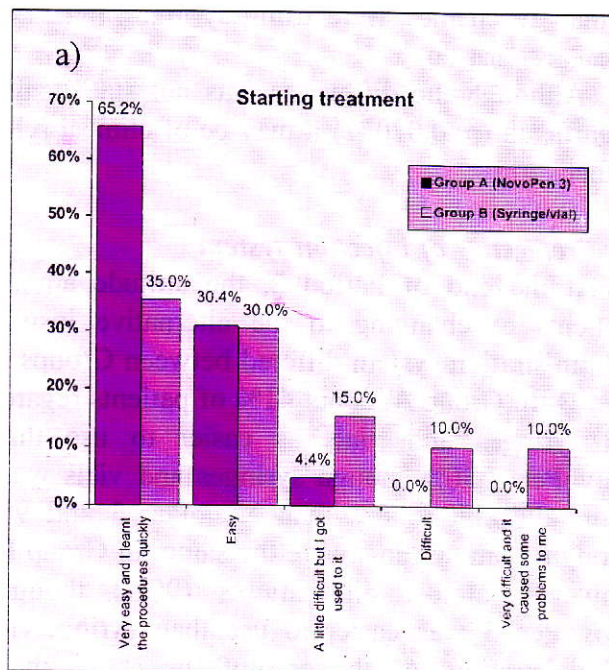


Figure 1. Responses to questions on the practical aspects of insulin administration, asked at the end of Period 1.

a) "When you started treatment how did you find managing the practical aspects (for example dosing and injecting) of insulin administration?"

b) "How do you now find the practical aspects of insulin administration?"

By the end of Period 1, all the patients using NovoPen-3 found the injections very easy (61%) or easy (39). In contrast, the patients who started insulin injections with conventional syringes and vials found insulin administration more difficult than those who started with NovoPen-3, both initially and at the end of Period 1 (Figure 1b).

Comparison between the administration systems showed that the patients considered the practical aspects of NovoPen-3 easier than those of syringe and vial treatment ($p < 0.00012$). In both treatment groups, the practical aspects of insulin administration tended to be considered easier at

spent longer than 2 minutes performing all the steps required for an insulin injection. In contrast, 75% of patients using syringes and vial spent 2 minutes or less injecting themselves, 10% spent 2-5 minutes and 15% spent more than 5 minutes. The comparison between the administration systems showed that the patients spent less time on the insulin injections when using NovoPen-3 than when using syringe and vial ($p < 0.00456$).

Most patients (91.3%) using NovoPen-3 found setting/drawing up the insulin dose easy, while 8.7% found it difficult. Among the patients using syringes and vials only 70% found dosing easy,



educated about diabetes and the importance of good metabolic control. All were accustomed to and willing to perform home blood glucose monitoring.

Patients who had been previously treated with insulin were excluded from the study. However, patients who had been treated for a short time only (less than 1 week) during hospitalization were eligible for inclusion, provided treatment took place at least 12 months before the start of the study.

All patients gave their written or witnessed oral consent to participate in the trial. The study protocol received local ethical and regulatory approval.

Study design

The study lasted 20 weeks, including a 4-week run-in period and two 8-week periods of insulin administration (Periods 1 and 2), each with a different injection system. Patients were randomized into two groups: Group A (NovoPen-3 during the run-in phase and Period 1, syringe/vial administration during Period 2); Group B (syringes and vials during the run-in phase and Period 1, NovoPen-3 during Period 2). The insulin used was either isophane insulin injection (Insulatard HM) or biphasic isophane insulin injection with 30% as soluble insulin and 70% as isophane insulin (Mixtard 30 HM). Both preparations contained human monocompetent insulin. The injections were given in a twice daily injection regimen (one patient, however, received a once daily injection of isophane insulin, (Insulatard). For conventional administration, insulin was supplied in 10ml vials containing 40 IU/ml. NovoPen-3 was used with 3 ml Penfill cartridges (100 IU/ml) and NovoFine needles, which are specially designed for use with NovoPen 3. Doses ranging from 2-70 IU, in 1 IU increments, can be selected with NovoPen-3.

Patients visited the clinic every 4 weeks. The acceptance of injections was evaluated at the end of each 8-week treatment period using a 10-question questionnaire. Questions concerned the practi-

cal aspects of insulin administration, management of insulin injections, injection pain, injection marks and the general acceptance of insulin injections as part of daily life. Additional questions were asked at the end of Period 2 regarding preference between the two insulin administration systems and about the patient's perceptions of NovoPen 3. The questionnaire was completed either by the patients themselves, or by the doctor on behalf of the patient.

Fasting blood glucose was measured at the start of the run-in period and at every subsequent visit. HbA1c levels were recorded at the end of the run-in period (week 4) and at the end of each 8-week treatment period. At each visit from week 4, the patient's weight and the dose of insulin given since the last visit were recorded. Any hypoglycemic episodes or adverse events were also noted.

The acceptance of insulin injections with each administration system was assessed by comparing individual questionnaire responses using the crossover design. The analyses were done using the Friedman's analysis of variance (repeated measures ANOVA of non-parametric variables). The changes in metabolic control were evaluated using the ANOVA model with repeated measures. Standard multivariate statistics were determined using Wilks'-lambda and planned comparisons were tested using the Least Significant Differences test (LSD).

RESULTS

There were no statistically significant differences between groups A (n=26) and B (n=24) with respect to age, duration of diabetes, or duration of OHA treatment. In total, 43 patients completed the study. Of the 7 patients who dropped out the study, none did so because of adverse events. Three were discontinued from the study because of non-compliance with the protocol and 3 decided to discontinue treatment. Before study treatment was



INTRODUCTION

When oral hypoglycemic agents (OHAs), together with dietary measures, no longer provide adequate glycemic control in non-insulin-dependent diabetes mellitus (NIDDM), it becomes necessary to start insulin therapy. This therapy may be given either alone or in combination with OHAs, and is usually started with once or twice daily injections. Intermediate-acting insulin preparations, or mixtures of rapid-acting and intermediate-acting preparations, are often used.¹

Starting insulin therapy requires considerable psychological adjustment in patients with NIDDM. In contrast to insulin-dependent diabetes mellitus (IDDM), where most patients readily accept insulin injections as a life-saving therapy, insulin therapy in NIDDM presents a more complex physiological and psychological picture. The timing of initiation of insulin therapy is usually more flexible in these patients,² though, delay may compromise glycemic control. Nevertheless, many NIDDM patients would like to put off insulin therapy for as long as possible and are reluctant to accept their physician's advice that it is time to start.

One study showed that, in 34 out of 40 patients, the start of insulin injections represented a crisis in their illness.³ Patients' key concerns include anxiety about their ability to perform injections properly, fear of the restrictions it would place on their personal lives and fear of consequences regarding employment.³ Fear of the injections themselves may also be important.² Anxiety about insulin therapy and all that it represents may lead patients to try delaying tactics, such as suggesting another trial of diet and exercise, or to failure to attend for routine follow-up visits.²

Clearly, there is a need to make insulin therapy more acceptable to NIDDM patients. Experience in IDDM shows that many patients find that administration of insulin using a pen injection

device is more convenient and accurate than with conventional syringes and vials.⁴ Pen devices may help overcome needle phobia and may result in better acceptance and compliance than with syringes and vials. NovoPen-3 is an injection device developed by Novo Nordisk, designed for use with preloaded 3 ml cartridges of insulin. In studies with previous models of the device, patients with IDDM have shown a marked preference for this mode of administration, compared with conventional syringes.^{5,8}

It seems reasonable to suggest that the use of a pen device such as NovoPen-3 could also increase acceptability of insulin therapy among NIDDM patients and reduce the high levels of anxiety they often experience.

This study was carried out to compare the acceptance of NovoPen-3 with that of conventional syringes and vials, when initiating insulin treatment in NIDDM patients with secondary drug failure on OHAs. A secondary objective was to compare the efficacy and safety of the two insulin administration systems.

MATERIAL AND METHODS

Patients

This multicenter, open, randomized, cross-over study included 50 adult patients with NIDDM and secondary drug failure, at five study centers in Jordan and Kuwait. Secondary failure was defined as non-acceptable metabolic control, with fasting blood glucose >140 mg/dL and postprandial blood glucose >180 mg/dL, and/or HbA1c (glycosylated hemoglobin) levels more than 25% above the normal reference range for the laboratory in question. These criteria are based on the recommendation of the European NIDDM Policy Group.⁹

All patients had previously been treated with OHAs and diet. Mean duration of OHA treatment was 8.14 years, range 0.04-18.19 years. The patients were considered to be well motivated and



NOVOPEN ACCEPTANCE DURING INJECTIONS IN NIDDM PATIENTS: A MULTICENTER, OPEN RANDOMIZED, CROSS-OVER STUDY

تقبل قلم نوفو للحقن في مرضى الداء السكري غير المعتمد على الأنسولين:

دراسة عشوائية متعددة المراكز

Mustafa M. SHENNAK, M.D. Abdal-Karim KHAWADEH, M.D. Aly MISHA'L, M.D. Ahmad KHEIR, M.D.
Mounira M. AL-AROUJ, M.D. Abdullah AL-NAKHI, M.D.

د. مصطفى الشناق، د. عبد الكريم خودة، د. علي ميشال، د. أحمد خير، د. منيرة العروج، د. عبد الله الناهي

ABSTRACT

This multicenter, open, randomized, cross-over study compared the acceptance of insulin therapy started using the pen injector NovoPen 3 with that of syringes/vials in 50 NIDDM patients. It consisted of a 4-week run-in and two consecutive 8-week periods of insulin administration (Periods 1 and 2). Group A used NovoPen 3 during the run-in phase and Period 1, and then conventional administration in Period 2; Group B used conventional administration during the run-in phase and Period 1 and NovoPen 3 in Period 2. Acceptance was evaluated by the questionnaires at the end of periods 1 and 2. Regardless of the sequence of use, patients perceived NovoPen 3 as easier and faster to use than syringes/vials. Injection pain was also reduced with NovoPen 3 ($p=0.00003$). At the end of the study, most patients (90%) preferred to continue on NovoPen 3. Glycemic control showed a similar improvement in both groups during the study. In conclusion, when starting insulin therapy, NovoPen 3 is better accepted by NIDDM patients than syringes /vials. Use of pen devices such as NovoPen 3 may help improve acceptance of insulin therapy in NIDDM patients, who are often reluctant to begin and continue with insulin injection.

ملخص البحث

قارنت الدراسات من مراكز عديدة مع اختيار عشوائي للمرضى، وبدراسة متصالية، مدى قبول المرضى استعمال الحقن القلمي نوفوبين ٣- مع الحقن العادي لدى خمسين مريضاً مصاباً بالداء السكري غير المعتمد على الأنسولين. تتألف الدراسة من مرحلة البدء التي تستمر ٤ أسابيع، ثم من مرحلتين متتاليتين مدة كل واحدة منهما ٨ أسابيع من استعمال الأنسولين (الفترة ١ - ٢). استعملت المجموعة (أ) قلم نوفو ٣- خلال مرحلة البدء بالدراسة والفترة ١. ثم استعملت المحاقن الكلاسيكية في الفترة ٢. أما المجموعة B فاستعملت المحاقن العادية في مرحلة البدء بالدراسة والفترة ١ واستعملت قلم نوفو ٣- في الفترة ٢. وبغض النظر عن التتالي بالاستعمال فقد قيم المرضى استعمال القلم بأنه أسهل وأسرع من المحقنة وكذلك انخفض ألم الحقن باستعمال القلم. بنهاية الدراسة فإن أغلب المرضى (٩٠٪) فضلوا الاستمرار باستعمال القلم. أما تنظيم مستوى السكر فأظهر تحسناً متماثلاً في كلا الطريقتين. يستنتج من هذا أن هناك تفضيلاً للقلم من قبل مرضى السكري غير المعتمد على الأنسولين عندما تبدأ المعالجة بواسطته ويمكن أن يساعد استعمال القلم مثل قلم نوفو ٣ من قبل المرضى غير المعتمدين على الأنسولين للمعالجة بالأنسولين والمتكررين عادة بالاستمرار بالمعالجة بحقن الأنسولين.

Authors:

M. M. Shennak, M.D., F.A.C.G: Prof. of Medicine and Gastroenterol., Chairman Intern. Med. Dept., Chief GI&Liver Unit, Faculty of Medicine, University of Jordan, P.O.Box 14489, Amman 11942, Jordan. Phone: Office: 962-6-5353444 Residence: 962-6-5526204 Fax: 962-6-5353388
A. K. Khawadeh, M.D., M.R.C.P Consultant Internist & Endocrinol. Chief Endocrinol.

Unit, King Hussein Medical Center, Amman, Jordan
A. Misha'l, M.D., F.A.C.P Consultant Internist & Endocrinologist, Chairman Internal Med. Dept., Chief Endocrinol. Unit, Islamic Hospital, Amman, Jordan
A. Kheir, M.D Consultant Endocrinol. Al-Bashir Hospital, Amman, Jordan
M. M. Al-Arouj, M.D Consultant Internist & Endocrinol. Al Amiri Hospital, Kuwait
A. Al-Nakhi, M.D Consultant Internist & Endocrinol. , Al Amiri Hospital, Kuwait

1989; 169: 537-542.

3. Rutherford RB, Akers DR. Meckel's diverticulum: a review of 148 pediatric patients, with special reference to the pattern of bleeding and to mesodiverticular vascular bands. *Surgery* 1966; 59:618-626.

4. Turgeon DK, Barnett JL. Meckel's diverticulum, *Am. J. Gastroenterol* 1990; 85:777-781

5. Soltero MJ, Bill AH. The natural history of Meckel's diverticulum and its relation to incidental removal. *Am. J. Surg* 1976; 132: 168-173.

6. Andreyev HJ., Owen RA, Thomas PA, et al: Acid secretion from a Meckel's diverticulum: The unsuspected mimic of Crohn's disease?. *Am. J. Gastroenterol*, 1994; 89 (9): 1552-1554.

7. Garretson DC, Frederich ME. Meckel's divertic-

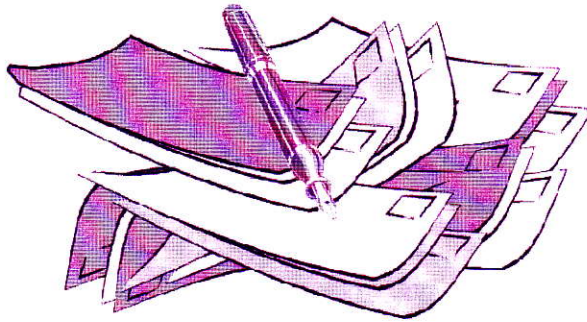
ulum. *Am. Fam Physician* 1990; 42 (1): 115-119.

8. St-Vil D, Brandt ML, Panic S, et al. Meckel's diverticulum in children: A 20-year Review. *J. Pediatric Surg*. 1991; 26: 1289-1292.

9. Madsen MR. Laparoscopy in the diagnosis of bleeding Meckel's diverticulum. *Surg. Endosc.* 1994; 8: 1346-1347.

10. Heinzelmann M, Schob O, Schlumpf R et al. Preoperative diagnosis of Meckel's diverticulum by Pertechnetate scan and laparoscopic resection. *Surg. Lap. Endoscopy* 1994; 4: 378-381.

11. Traube M, Iswara K, Reddy RS, Meckel's diverticulum; An unusual case with ileal stricture. *Am. J. Gastroenterol* 1981; 76: 291-296.



teric duct. Similarly, the mesodiverticular band may result from the persistence of the vitelline arteries. Both types of bands can cause bowel obstruction secondary to volvulus or internal hernia^{3,8}. In the same way, a perforated MD can lead to secondary obstructive adhesions. In our series, out of 15 symptomatic cases, there were 5 cases (33%) with congenital or adhesive bands needing release (Table 1).

	Pediatric (< 16 yr.)	Adult	Total
Rectal Bleeding	5 (a)	0	5
Bowel obstruction	5	2	7
Intussusception	2(b)	0	2
Littre's hernia	1	1	2
Mesodiverticular bands	2	1	3
Diverticulitis (with perforation /peritonitis)	1(c)	2(d)	3
Total	11	4	15

(a) 2/5 had omphalodiverticular bands (b) rectal bleeding in both (5 years, 6 years) (c) with secondary obstructive adhesions (d) mesodiverticular band in one; secondary obstructive adhesions in another.

Table 1: Symptomatic Meckel's diverticulum (15 Cases)

Technetium - 99 pertechnetate scan scintigraphy is the most accurate diagnostic tool utilized in bleeding MD, being 80-90% accurate in children.^{1,7} The 5 cases of rectal bleeding in our series all had positive scintigraphy; however, false negative studies can occur if the diverticulum contains too little or no secretory mucosa in the presence of severe surrounding inflammation obstructing the hot spot and when there is an impaired vascular supply to the diverticulum.^{1,4, 7}

Barium contrast studies only occasionally help in demonstrating MD with an accuracy rate of 47%, and they are not safe in the acutely ill patient¹. Angiography on the other hand, has an accuracy rate of 59%. Only one case in our series was diagnosed preoperatively by contrast small intestinal series.

The most updated diagnostic tool is laparoscopy and it has emerged as an ideal alternative to laparotomy since it is minimally invasive and confirms the diagnosis and allows definitive treatment to be carried out simultaneously^{9,10}.

Although incidental removal of MD in our series did not carry any morbidity or mortality, there is justifiable opposition to routine excision since a MD has only a 4.2% likelihood of causing disease during a life time, decreasing to zero with old age.⁵ The accepted risk factor necessitating its removal is the presence of fibrous bands or ectopic tissue suspected on palpation.⁸ Diverticulectomy with ileal resection should only be utilized if the diverticulum has a broad base and if heterotopic tissue can be felt there or if the area is involved with gangrene. In cases where it is difficult to perform laparoscopic resection, the diverticulum can be pulled outside the abdomen and the resection performed outside the abdominal cavity.⁹ In our patient who underwent laparoscopy, the whole procedure could be carried out laparoscopically. This case emphasizes again the usefulness of laparoscopy in the diagnosis and management of the acute abdomen.

CONCLUSION

The presentation of MD is often unusual and illusory, and occasionally obstruction may be associated with bleeding or diverticulitis. Laparoscopy should be considered an added tool to the armamentarium of diagnostic modalities as well as in the treatment of this congenital malformation.

REFERENCES

1. Kusumoto H, Yoshida M, Takahashi I, et al. Complications and diagnosis of Meckel's diverticulum in 776 patients. *Am. J. Surg.* 1992; 164:382-383.
2. Ludtke FE, Mende V, Kohler H, Lepsien G. Incidence and frequency of complications and management of Meckel's diverticulum. *Surg. Gynecol Obstet*



two collections of fluid in the right lower quadrant necessitating percutaneous drainage. The patient improved initially on conservative treatment and tolerated oral feedings only to have recurrent symptoms a week later. At laparotomy, a perforated MD was found amidst adherent small intestinal loops. Diverticulectomy with enterolysis was done. The patient had a smooth post operative course and was discharged home six days later.

CASE 2:

A 15 month old boy was admitted with symptoms and stool microscopy consistent with intestinal amebiasis. Colonoscopy showed a normal colon except for small superficial sigmoid and rectal ulcerations with non-diagnostic histology. A course of metronidazole was initiated. While in hospital, the patient had a sudden episode of melena associated with colicky abdominal pain. A technetium pertechnetate scan was done (Figure 2)

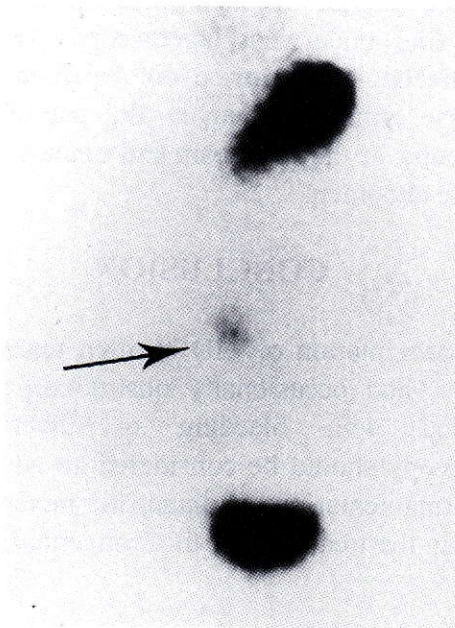


Figure 2: Technetium pertechnetate scan showing a hot uptake in the right midabdomen consistent with MD.

and showed a hot uptake in the right lower quadrant consistent with MD. Laparotomy revealed presence of MD with an obstructive omphalomesenteric band attached to the undersurface of the umbilicus. Diverticulectomy with release of the

fibrous band was performed. The patient had a smooth post operative course and was discharged home within one week.

Case 3:

A 40 year old hypertensive man was admitted to the emergency room with a twelve hour history of abdominal pain. The physical examination and basic studies were within normal limits and he was discharged home. He presented again eight hours later with an acute abdomen and temperature of 39.5°C. Laparoscopy was carried out. A perforated MD was identified with an obstructive mesodiverticular band. The band was divided and the diverticulum resected using an endo-GIA linear stapler. The patient made a smooth post operative recovery.

DISCUSSION

Painless rectal bleeding is the most common complication of MD in children and bowel obstruction is the most common complication in adults;^{3,5} however, patients occasionally present with multiple complications pertaining to MD such as perforated diverticulitis with bowel obstruction, or bleeding with obstruction.² Seven out of fifteen symptomatic cases (47%) had such multiple complications in our series.

Symptomatic MD mimics a whole spectrum of intra-abdominal emergencies which make an accurate diagnosis difficult to achieve. Unusual presentations of MD mimicking other pathologies like Crohn's disease have been reported in the literature,^{6,11} and the first two cases presented, one with suspected complicated post operative bowel obstruction and another with suspected intestinal amebiasis, testify to the occasional illusory presentation of MD.

The omphalodiverticular bands are congenital fibrous bands connecting the MD to the undersurface of the umbilicus, and this is secondary to failure of complete regression of the omphalomesen-



practice.⁵ Painless rectal bleeding is the usual complication in children. This bleeding is usually secondary to the presence of heterotopic gastric mucosa (30-65%) in the diverticulum. Bowel obstruction is the most common complication in adults.^{3,5} Other complications include diverticulitis, perforation, intussusception and volvulus, with some patients presenting with multiple complications pertaining to the MD.²

MATERIAL AND METHODS

Between January 1981 and December 1996 thirty-two patients in all age groups (0-66 years) had intra-operatively documented MD at the American University of Beirut Medical Center. Seventeen cases were incidental findings, while 15 patients were symptomatic. The overall sex ratio was 27 males to 5 females (5.4/1). Eleven of fifteen cases of symptomatic MD (73%) were less than 16 years of age; and 8 cases (53%) were less than 6 years of age.

Sixteen of seventeen diverticula found incidentally were removed with no resultant post operative complications. Of the 15 symptomatic cases, small intestinal obstruction was the main presenting symptom in 47% (7 cases: 5 children, 2 adults), rectal bleeding in 33% (5 cases: all children), diverticulitis with perforation in 20% (3 cases: 1 child, 2 adults). Seven of fifteen cases (47%) had associated simultaneous symptoms pertaining to the MD, all having obstructive pathologies with either rectal bleeding (4 cases) or with diverticulitis and perforation (3 cases) (Table 1).

In the diagnostic work up, only 6 cases (40%) had a presumptive preoperative diagnosis of a MD. The five pediatric cases with rectal bleeding each had a positive Tc-99m pertechnetate scan, and one adult case with subacute diverticulitis had a positive small intestinal contrast series showing the MD amidst adherent bowel loops.

Out of the 15 symptomatic patients open diver-

ticulectomy was performed in 12 cases. Ileal resection was undertaken in 2 cases: one because of a broad based diverticulum, while the other had bowel obstruction with ileal gangrene. The remaining patients had laparoscopic resection of the MD.

From thirteen patients with available pathology after incidental diverticulectomy, only one had ectopic gastric mucosa detected histologically (8%), in comparison to the symptomatic group, where four of ten (40%) had evidence of heterotopic gastric mucosa. There were no complications in the overall group and no mortality.

Three interesting cases from the symptomatic group of MD will be presented.

CASE 1:

An 8 year old girl presented to our hospital with abdominal distention and high grade fever. Ten days earlier at another hospital, she underwent an emergency appendectomy for acute appendicitis, however the pathology report was not available. Erect abdominal film showed multiple air fluid levels (Figure 1), while ultrasound scan revealed

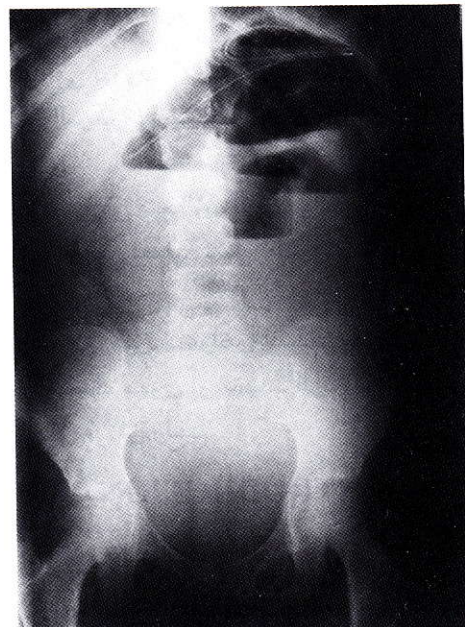


Figure 1: Erect abdominal film of an 8 year old girl with suspected postoperative obstruction showing multiple air fluid levels.



MECKEL'S DIVERTICULUM: REVISITED

رتج ميكيل: مطالعة جديدة

S. R. AKEL, M.D. G. KHOURY, M.D. S. SAGHIEH, M.D. G. ZAATARI, M.D. S. JABBOUR, M.D.

د. سمير عاقل، د. غطاس خوري، د. سعيد صاغية، د. غازي زعتري، د. سمر جبور.

ABSTRACT

Meckel's diverticulum (MD) remains an interesting congenital anomaly which often eludes the medical profession.

Over a 16 year period (1981-1996) there were 32 patients in all age groups with documented MD presenting to the American University of Beirut Medical Center. Seventeen cases were incidental findings at operation, while 15 patients were symptomatic. Eleven of the 15 patients (73%) were less than 16 years of age. Small bowel obstruction was the presenting symptom in seven cases (47%), rectal bleeding in 5 cases (33%), and diverticulitis in 3 cases (20%). Seven cases (47%) had more than one associated complication pertaining to the MD. One of our patients underwent laparoscopic diagnosis and resection of MD. There were no complications and no mortality in the overall group.

The overall preoperative diagnostic rate in MD is still low, especially in patients presenting with small bowel obstruction or diverticulitis. Emphasis must be placed on cases that present with simultaneous complications of bleeding and obstruction or diverticulitis and obstruction. Laparoscopy is at present an invaluable tool both diagnostically and therapeutically in the management of MD.

ملخص البحث:

يبقى رتج ميكيل مرضاً خلقياً مهماً، غالباً ما يحير مهنة الطب.

خلال ستة عشرة سنة (1981 إلى 1996) استقبل مستشفى الجامعة الأميركية في بيروت 32 حالة رتج ميكيل من أعمار متفاوتة. عند 17 حالة كان اكتشاف الرتج عرضياً خلال عملية جراحية، وعند 15 حالة كان المرض عرضياً. في 11 من 15 مريضاً ذي عمر تحت 16 سنة.

كان العرض الظاهر هو انسداد الأمعاء الدقيقة في 7 حالات (47%)، نزف مستقيمي في 5 حالات (33%) والتهاب الرتج في 3 حالات (20%). سبع حالات (47%) عانت من أكثر من مضاعفة تتعلق بالرتج. أحد المرضى خضع لعملية تنظير البطن للتشخيص ولاستئصال الرتج. لم تحصل أي مضاعفات أو وفاة بعد الجراحة لأي من المرضى.

قلما يتم تشخيص رتج ميكيل قبل العمل الجراحي، وخاصة لدى المرضى الذين يردون بأعراض انسداد معوي أو التهاب الرتج، ويتوجب الاهتمام بالحالات التي ترد بأعراض مضاعفات أخرى مثل النزف مع انسداد معوي أو التهاب الرتج مع انسداد معوي. يعتبر حالياً تنظير البطن من الوسائل الهامة في تشخيص و معالجة رتج ميكيل في آن واحد.

INTRODUCTION

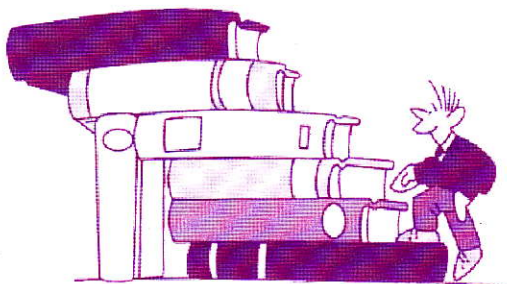
Although Meckel's diverticulum is the most common congenital anomaly of the gastro-intesti-

nal tract, it is present in only 1-3% of the general population based on autopsy studies.^{1,4} Because only about 4% of these diverticula ever become symptomatic, it is a rarity in general and pediatric

await results of future controlled trials aiming specifically at addressing this hypothesis.

REFERENCES

1. National Center of Heart Statistics : Mortality ,Part A.Vital Statistics of the United States, 1998, Vol.II. public Heart Service, Washington,D.C. DHHS publication no.(PHS),1991;91-1101
2. Gillum RF: Heart failure in the United States 1970-1985.Am Heart J 1987;113,1043-1045.
3. Graves EJ : Detailed Diagnosis and Proccdures, National Hospital Discharge Survey, 1989. National Center for Health Statistics. Hyattsville ,Md.DHHS publication no.(PHS)91-1769,(Vital and Health Statistics ; series 13;No.108)1991
4. HoKK. Pinsky JL, Kannel WB, Levy D: The epidemiology of heart failure : The Framingham Study .J Am Col Cardiol 22 (suppl A),1993;6A-13A.
5. Garg R.Usuf S: Current and ongoing randomized trials in heart failure and left ventricular dysfunction .J Am Col Cardiol 22(4 suppl A).1993;194A- 197A.
6. Conti CR: Acronyms for heart failure trials. Clin Cardiol 1994;17:576-578.
7. Cohn JN,et al. Effect of vasodilator therapy on mortality in chronic congestive heart failure : Results of a Veterans Administration cooperative study. N Eng J Med 1986;314.1547-1552.
8. The CONSENSUS trial study Group: Effects of enalapril on mortality in severe congestive heart failure : Results of the Cooperative North Scandinavian Enalapril Survival Study (CONSENSUS).N Eng J Med.1987;316:1429-1435.
9. Cohn JN,et al. A comparison of enalapril with hydralazine-isosorbide dinitrate in the treatment of chronic congestive heart failure. N Eng J Med 1991;325.303-310.
10. Pfeffer MA,et al. CMOn behalf of the SAVE investigators:Effect of captopril on mortality and morbidity in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction: Results of the survival and ventricular enlargement trial. N Eng J Med 1992;327.669-677.
11. The SOLVD Investigators: Effect of enalaprial on survival in patients with reduced left ventricular ejection fractions and congestive heart failure, N Eng J Med .1991;25.293-302
12. The SOLVD Investigators; Effect of enalaprial on mortality and the development of heart failure in asymptomatic patients with reduced left ventricular ejection fraction .N Engl J Med .1992;327.685-691.
13. Packer M.et al. for the PROMISE Study Research Group: Effect of oral milnnone on mortality in severe chronic heart failure. N Engl J Med.1991; 325.1468-1475.
14. Packer M.et al. and the PROFILE Investigator: Effect of flosequinan on survival in chronic heart failure: Preliminary results of the PROFILE study. Circulation 88 (suppl 4 Pt 2).1993;1-301.
15. Packer M.et al. For the Prospective Randomized Amlodipine Survival Evaluation Study Group. Effect of amlodipine on morbidity and mortality in severe chronic heart failure .N. Engl J Med 1996;335:1107-1114
16. Bristow Mret al. For the MOCHA Investigators. Carverdilol produces dose-related improvements in left ventricular function and survival in subjects with chronic heart failure. Circulation, 1996;94:2807-16.



necessitating the use of diuretics to interrupt the corresponding vicious cycle. The cardio-vascular model focused on the vasoconstriction and relied on vasodilators to relieve the pressure overload and interrupt this segment of the vicious cycle. The neuro-hormonal model focused on the step preceding the vasoconstriction. The fact that neither of these models can explain the results of recent trials such as PRAISE, MOCHA and others,^{5,6,15,16} returns the emphasis to the myocardium and its probable genetically determined predisposition to

react to a given damage or therapy. Thus a molecular biological model is needed to better explain such accumulating observations. This model would not negate or deemphasize the value of the established knowledge about the peripheral mechanisms that play an important role in congestive heart failure. It simply suggests that the type of myocardial damage and the genetic baggage of the subject should be given the proper attention in developing newer concepts or therapies. The validity of such a potential model will definitely have to

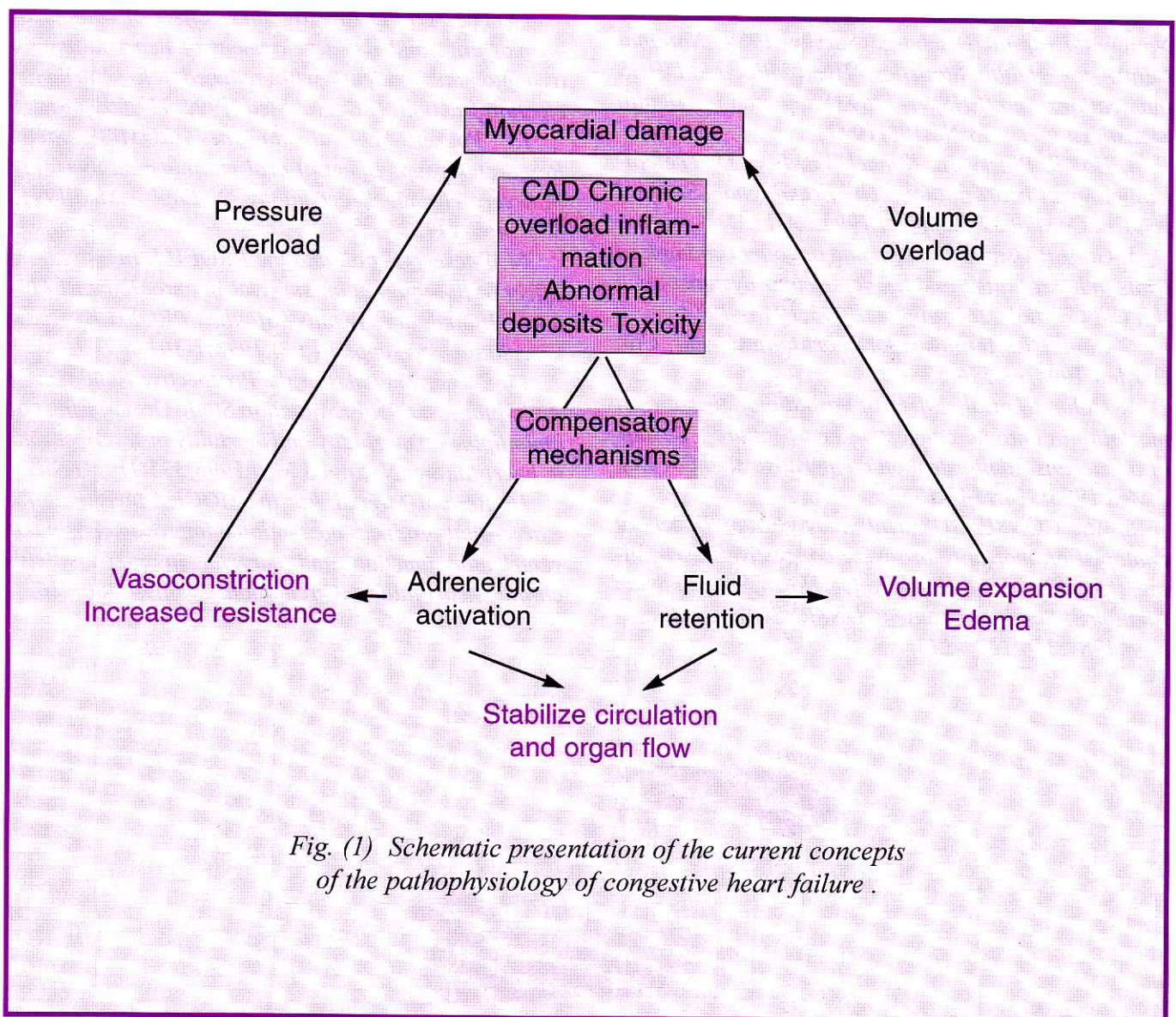


Fig. (1) Schematic presentation of the current concepts of the pathophysiology of congestive heart failure .

improved output and renovascular dilatation with or without diuretics. This concept prevailed into the mid 1980s.

The Neuro-Hormonal Model emerged when a specific group of vasodilators, the ACE inhibitors, were shown to be superior to other vasodilators in the therapy of congestive heart failure with significantly improved survival demonstrated in controlled trials.^{9,12} Neuro-hormonal monitoring during the use of ACE inhibitors, compared to other vasodilators such as some of the calcium channel blockers, helped establish the neuro-hormonal concept which prevailed into the early to mid nineties as trial after trial using various ACE inhibitors confirmed and reconfirmed their effectiveness in the management of congestive heart failure. Further the SAVE and SOLVD trials demonstrated their preventive value in delaying the onset of congestive heart failure in patients with left ventricular dysfunction.^{10,11} Thus the neuro-hormonal concept continues to prevail, although it is becoming clear that it does not answer all the important questions concerning the pathology of congestive heart failure.

The Molecular-Biological Model is a proposed model being suggested as the results of the PRAISE protocol become available.¹⁵ The PRAISE trial looked at amlodipine, a long acting third generation dihydropyridine calcium channel blocker, which was noted to have neuro-hormonal properties similar to the ACE inhibitors. The effects of amlodipine on the morbidity and mortality of class III B and class IV congestive heart failure patients were compared to placebo. Patients were stratified into those with ischemic cardiomyopathy and those with dilated cardiomyopathy with normal coronary angiograms before randomization. All patients had to be receiving ACE inhibitors before randomization. It was postulated that amlodipine, because of its established anti-ischemic properties, could have additional benefits to the ACE inhibitors. The final results, surprisingly, showed no significant effect of amlodipine on

survival in ischemic cardiomyopathy but a statistically significant decrease in total mortality in dilated cardiomyopathy, compared to the placebo. The observed effect on dilated cardiomyopathy could not be ascribed to the hemodynamic or neuro-hormonal status, since it was comparable to ischemic cardiomyopathy in the population studied. It is therefore speculated that the differential effect is probably due to an intrinsic difference in the myocardial cellular response to amlodipine. This suggests a molecular biological element having a probable major role in the pathophysiology of congestive heart failure.

The current concepts of the pathophysiology of congestive heart failure:

While it may appear that each model of the pathophysiology of congestive heart failure may have replaced the preceding one, the truth is the changes represent a smooth evolution of thinking with a shift of focus or emphasis rather than a complete change of concept. Fig (1) shows a schematic presentation of our current concepts clearly suggesting that the various models are more complementary than contradictory. The simple way to look at it is that usually heart failure starts with some form of myocardial damage: infarction secondary to ischemia, inflammation, toxicity, chronic overload etc... When the damage results in the decreased pumping ability of the heart, cardiac output may decrease to the point of compromising organ perfusion. Two compensatory mechanism may then be activated: vasoconstriction and/or water and salt retention. These mechanisms may restore the effectiveness of the circulation and organ flow; however, they are not self-limited and may go beyond the necessary time or level needed. The vasoconstriction could result in pressure overload, and salt and water retention may produce volume overload. Either or both will result in further myocardial damage, thus resulting in a vicious cycle. The cardio-renal model focused on the decreased inotropy secondary to the myocardial damage and the secondary salt and water retention



CHANGING CONCEPTS IN THE PATHOPHYSIOLOGY OF CONGESTIVE HEART FAILURE

تبدل النظرة الفيزيولوجية للأمراضية لقصور القلب الاحتقاني

Robert A. CHAHINE, M.D.

د. روبير شاهين

Despite enormous attention and tremendous progress in its management, congestive heart failure remains a dominant and expanding problem. In the United States alone various statistics have estimated the incidence of heart failure at 2 to 4 million patients in 1997, with about 0.5 million new cases and more than 0.25 million deaths per year. It constitutes the most common Diagnosis- Related Group (DRG) discharge diagnosis in adults. The annual cost of managing this population was recently estimated at about 25-30 billion US dollars, and continues to increase.^{1,4}

More than 30 major multicenter controlled trials have been performed in North America and Europe during the past quarter of a century.^{5,6} Their results contributed to a better understanding of congestive heart failure, improved treatment, and a significant decrease in morbidity and mortality.^{7,12} Also, prevention of heart failure now appears to be a realistic goal;¹² however, many questions remain unanswered and, with every step in the progress of our understanding of the pathophysiology of congestive heart failure, the final picture seems to become more elusive.¹³⁻¹⁵

Historically the pathophysiologic concepts of congestive heart failure may be classified into four major models:

- 1 The Cardio-Renal Model
- 2 The Cardio-Vascular Model
- 3 The Neuro-Hormonal Model
- 4 The Molecular-Biological Model

The Cardio-Renal Model is the first pathophysiologic concept established on a valid scientific basis. It is rooted in the basic observations noted since the discovery that digitalis leaf helped improve the peripheral edema (dropsy) that occurred as a consequence of congestive heart failure. Later, pharmacological research demonstrated the inotropic effects of digitalis products and the beneficial effects of diuretics in helping the kidney to eliminate the retained salt and water. These observations helped confirm the validity of the cardio-renal concept, based on decreased inotropy of the myocardium and the inability of the kidney to take care of the retained salt and water. This concept prevailed and remained practically unchallenged until the late 1970s.

The Cardio-Vascular Model was proposed when it was noted that congestive heart failure was markedly improved by the use of various vasodilators. Arterial vasodilators such as hydralazine and nitrates which are predominately venodilators were both proven effective. Other vasodilators such as alpha-blockers were also useful. The VHeFT-I trial using a combination of hydralazine and isosorbide dinitrate demonstrated improved morbidity and a statistically significant decrease in mortality compared to placebo.⁷ Such observations and doubts about the value of inotropic agents other than digitalis^{13,14} increased enthusiasm for the cardiovascular model which was based on the principle of unloading regardless of the inotropic status, with diuresis occurring as a consequence of

ROBERT A. CHAHINE, M.D.
Professor and Dean Faculty of Medical Sciences, Lebanese University.
P.O.Box. 55564-Sin El-Fil- Beirut-Lebanon

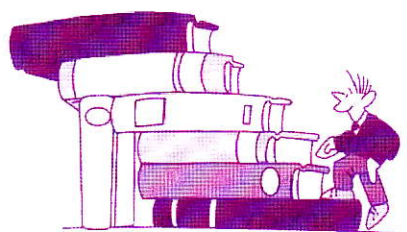
long before HIV infection is suspected. The person is most often observed to become increasingly rigid, intolerant, and irritable. Sudden displays of inappropriate or uncharacteristic behaviour and labile affect may also occur with HIV infection. There is some evidence now that subtle personality changes can be observed at the time that an individual seroconverts from negative to HIV positive.^{9,10} The diagnosis of organic personality syndrome is most appropriate for these patients.

Adjustment disorder is the most common psychiatric diagnosis in AIDS patients and others with HIV infections.^{11,12} These patients most often display depression or anxiety in association with an adjustment problem, although any combination of symptoms may occur. The tremendous psychosocial impact of HIV makes the development of an adjustment disorder easily understandable.

In summary, the fact that HIV can directly infect the brain has led to a new appreciation of the psychiatric manifestations of HIV infections. A wide variety of clinical syndromes may occur at any point during the course of HIV infection. Psychiatric symptoms most commonly represent a response to the intense psychosocial stresses associated with HIV infection or reflect the direct effects of HIV on the brain. An atypical presentation is the most characteristic feature of the neuropsychiatric disorders associated with HIV infection.

REFERENCES

1. US Public Health service. Surgeon general's report on acquired immune deficiency syndrome JAMA 1986;25:2789
2. Gallo R C, Salahuddin S Z, Popowic M, et al. Frequent detection and Isolation of Cytopathic Retroviruses(HTLV-III) from patients with AIDS and at risk for AIDS Science 1984;224:500-503
3. American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition. Washington, DC, American Psychiatric Press 1994
4. Perry S, Jacobsen P. Neuropsychiatric manifestations of AIDS spectrum disorders Hosp. Community Psychiatry.1986; 37:135-142.
5. Frierson R L, Lippmann S B. Management and treatment of AIDS related depression. Clinic. Advances Treatment Psychiatric Disorders.1997; 2:1-3.
6. Douglas C J, Kalaman T: Homophobia among physicians and nurses. An empirical study. Hosp Community psychiatry 1995;36:1309-1311.
7. Kermani E J, Borod J C, Brown P H, et al. New psychopathologic findings in AIDS: Case report. J Clin Psychiatry.1996; 46:240-241.
8. Cummings JL, Organic psychosis. Psychosomatics. 1998;29:16-26.
9. Wolcott D L, Fawzi F I, Pasanau Rao. Acquired immune deficiency syndrome (AIDS ") and consultation Liason psychiatry. Gen Hosp. Psychiatry.1985;7:280-293.
10. Price R W, Brew B, Sidtis R, et al. The brain in AIDS: Central nervous system HIV I Infection and the AIDS dementia complex. Science.1996; 239:586-592.
11. Frierson R L, Lippmann S B. Psychologic implications of AIDS. AM Family Physician, March.1998;109-116
12. Faulstich ME. Psychiatric Aspects of AIDS AM J Psychiatry.1987;144:551-556.



IV.³ Those in the remaining two categories would be considered functional disorders.

Depression is one of the most frequent findings in patients with HIV infections. It may fall into one of the three categories just mentioned and may range from mild or moderate depression to more severe forms with psychotic features. Depression is often encountered in newly diagnosed AIDS-related complex (ARC) patients, as well as in those recently found to be seropositive. This response to a major psychosocial stress may meet the criteria for an adjustment disorder with depressed mood, dysthymia, or major depression. Patients with pre-existing affective disorders are prone to exacerbation upon disclosure of HIV seropositivity or AIDS diagnosis, as would be expected. Depression may also occur as a primary symptom of HIV infection before the illness is suspected. The onset of these symptoms may be gradual or acute, and may occur at any time in the course of HIV infection. Frequent presentations include dysphoric mood, apathy, withdrawal, weakness, fatigue, somatic concerns, anhedonia, loss of interest in activities, anorexia, sleep disturbance, psychomotor retardation, and impairment of memory and concentration.⁴ Recognition of these symptoms in an HIV positive person without a history of affective disorder or other psychosocial factors would merit the diagnosis of organic affective disorder. An atypical presentation of the depression would increase the likelihood of an AIDS related etiology. Careful differentiation of depression from dementia is essential.⁵

Anxiety is also a common complaint in patients with AIDS, ARC, and positive HIV tests. The distinction between a functional and an organic etiology of anxiety is very difficult. This is due, in large part, to the many psychosocial stresses associated with AIDS. Tremendous anxiety is experienced in connection with concerns about progression of the illness, as well as concerns over HIV test results. Many people in high risk groups experience anxiety which at times can be overwhelming. Fears about infection can lead to anxiety

which has a profound effect on relationships and daily functioning. Persons who are not at high risk for infection also experience significant anxiety which influences behaviour; and, homophobic responses are often seen in this group. Clinical syndromes resembling generalized anxiety, phobias, panic, and obsessive compulsive disorders have been reported.⁶ A complete psychosocial assessment is essential in order to evaluate anxiety in the AIDS patient.

Case reports have documented the occurrence of manic episodes in AIDS patients. These episodes have occurred in the absence of a history of bipolar disorder (manic depressive disorder), indicating a likely organic etiology. The diagnosis of organic affective disorder should be used in these cases. Several patients who developed mania later showed progressive signs of memory and cognitive impairment, as well as CT and EEG abnormalities.⁷ Organic psychoses mimicking functional psychoses are frequently seen in AIDS patients.⁸ The onset of these psychoses is generally more acute than that of the organic depressions. Clinical features resemble schizophrenia with the appearance of hallucinations, delusions, thought disorders, agitation, and confusion. Cognitive deficits are often found in association with the psychosis. These episodes typically occur as part of an acute medical illness, and they are sometimes preceded or followed by depressive symptoms.⁴ The diagnosis of organic hallucinosis or organic delusional syndrome would be merited in these cases. Psychotic symptoms may also be seen in association with depression, as mentioned above. The intense psychosocial stresses associated with HIV infections may precipitate brief psychotic episodes in certain persons. Although patients with poor premorbid coping skills would be most likely to develop a psychosis in this situation, any individual could potentially be affected. The diagnosis of brief reactive psychosis would be most appropriate for these patients.

Personality change is one of the most common early signs of HIV infection. This is often noticed



PSYCHIATRIC MANIFESTATIONS OF HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV) INFECTION

المظاهر النفسية للإصابة بفيروس نقص المناعة

Taher SHALTOUT, M.D.*

د. طاهر شلتوت

ABSTRACT

Infection with human immunodeficiency virus (HIV) is often accompanied by a variety of psychiatric syndromes which may reflect the intense psychosocial stress associated with HIV and/or may represent direct infection of the brain by the virus. This report examines the psychiatric manifestations of HIV infections and their corresponding Diagnostic and Statistical Manual, 4th edition classification.

ملخص البحث

إن الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسب غالبا ما يكون مصاحبا بعدد من زملا (متلازمات) الأمراض النفسية، والتي تعكس الضغوط النفسية، والاجتماعية الشديدة التي تكون مصاحبة للإصابة بهذا الفيروس. كما وأن ظهور هذه الزملا قد يشير أيضا إلى أن هناك إصابة أولية ومباشرة لخلايا المخ بواسطة فيروس نقص المناعة المكتسب، وهذه المقالة تستعرض المظاهر النفسية المصاحبة، ومناظرتها بالتشخيصات المستخدمة في دليل التشخيص الأمريكي الإحصائي الرابع.

DISCUSSION

Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) is a sexually transmitted blood-borne infection which attacks the immune system rendering the individual susceptible to a variety of opportunistic infections and malignancies. The illness is caused by a retrovirus referred to as the human immunodeficiency virus (HIV). Since the illness was first described in 1981, it has spread rapidly among homosexual and bisexual men as well as within the community of IV drug users. The illness is now appearing more frequently among heterosexuals, and it has prompted the Surgeon General of the United States to call AIDS the greatest public health threat of this century.¹

As more is learned about AIDS and its clinical manifestations, the importance of neuropsychiatric

signs in the presentation of the illness is being appreciated. The neuropsychiatric manifestations of AIDS were formerly thought to result from secondary opportunistic infections or the exacerbation of underlying psychopathology. However, since 1984, it has been shown that the HIV can directly infect the central nervous system leading to many different neuropsychiatric presentations.²

The variety of psychiatric symptoms which may accompany HIV infection generally fall into three categories: (1) Those resulting from direct HIV infection of the central nervous system; (2) pre-existing psychiatric conditions which are exacerbated by the stress of a life - threatening infection; or (3) those symptoms which are a reaction to the psychosocial stresses associated with HIV infection. Disorders in the first category would be classified as organic mental disorders in the DSM-

*Taher Shaltout, M.D

Department of Psychiatry, Hamad Medical Corporation, P.O.Box 3050
Doha, Qatar

(When 42 nights have passed over the Nutfa, Allah sends an angel to shape it and make its hearing, vision, skin, flesh and bones....) narrated by MUSLIM.

I can see that this Hadith proves the concept of 3 successive rather than overlapping stages. The angel is sent to start organogenesis, not to witness its end.

The key to a proper understanding of the scriptures lies in two concepts:

1. The calculation of foetal age from the first day of the last menstrual period (L.M.P) rather than from the day of fertilization.
2. The understanding of the activities of each stage, particularly the Alaqah stage activity which is organogenesis.

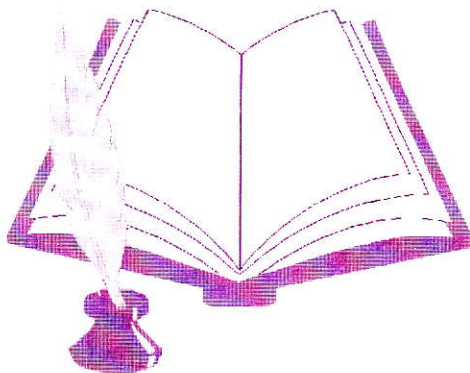
CONCLUSIONS

The miracle of the accuracy of the Holy Quran and Hadith in the subject of human embryology is discussed. This concept of staging human embryology according to Islamic scripture may

provide basic information useful for other researchers. Islamic jurisprudence in the areas of: abortion, definition of life and death, organ transplantation, genetic engineering, and new methods of infertility management, may well benefit from this basic information.

REFERENCES

1. *The Holy Quran, its English translations, Tafsir and Hadith books (in Arabic and English).*
2. *Al Bar MA, The creation of man between Medicine and the Quran (in Arabic), 5th Ed., Saudi House, Jeddah, 1986.*
3. *Al Bar MA, Human development as revealed in the Holy Quran and Hadith, 1st Ed., Saudi House, Jeddah, 1986.*
4. *Hamilton Boyd, Mossman, Human Embryology. 4th Ed., Macmillan Press, London 1976.*
5. *Longman J. Medical Embryology, 3rd Ed., Williams & Wilkins, Baltimore, 1975.*
6. *Moore K, Azzindani AM, The developing Human with Islamic additions, 3rd Ed., Sauders and Dar El Qibla, Jeddah, 1982.*
7. *Shoukfeh M, Al Qarar Al Makeen (in Arabic) 2nd Ed., Dar Hassan, Riyadh and Dar Al Adab, Sharjah, 1986.*



unformed, referring to the placenta which is now fully developed and is about the same size.

The SPIRIT is blown in the foetus at the conclusion of the Mudghah stage. The significance of this fact is essential for the definition of human life and death.

3. Method of Calculation

The Prophet (Peace be upon him) refers to bringing together the creation, rather than to pregnancy. This clearly begins in the abdomen of the mother in the ovary at day 1 of the menstrual cycle when an ovum, stored in the ovary since intrauterine life, starts its maturation to proceed to its mating with the other half (sperm). Therefore, the first day of the last menstrual period is the starting point for calculating the 3 stages of 40 days each. It goes without saying that all previous gametes were also called Nutfa, but they are not part of this calculation which refers only to the process leading to pregnancy in the abdomen of the mother.

4. Function of each Stage:

A. Nutfa's functions: (day 1 - 40)

1. Sex determination.⁽¹⁾
2. Collection of creation of the new being.⁽²⁾

This refers to fertilization (AL MASHJ) in which the two halves are joined, and to collection of all materials required, and to making all preparations for the actual formation of the new human being.

3. Al Taqdeer⁽³⁾ (meaning in Arabic pro-

gramming and determining the features and fates), refers to the chromosomal composition and the genotyping of the new creature.

4. Transfer to and settling in the uterus:⁽⁴⁾ which is described by the term "Al Qarar Al Maqeen." This refers to a place of settlement in which all due protection and all developmental requirements are adequately calculated and provided.

B. Alaqah's functions: (day 41 - 80).

There is only one function of the Alaqah stage: organogenesis⁽⁵⁾ That is a miraculous event in which the Quran states very clearly that the actual formation (khalq) of the body starts at day 41 (week 6 minus 1 day) and is completed at day 80 (week 11 + 3 days). That is confirmed by modern science.

C. Mudghah's function: (day 81 - 120)

Ossification⁽⁶⁾ of cartilaginous bones, modeling and clothing the bones with flesh (muscles and all other soft tissues) are functions of this stage. However, this progress continues throughout intrauterine life and up to a certain age after birth .

There are probably more functions of the Mudghah stage which are not understood with our present knowledge.

DISCUSSION

Some researchers in the subject concluded that all 3 stages are completed by day 42 of fertilization, depending on the Hadith:

- 1) See Sura 53 (Al Najm) Verses 45-46 mentioned before.
- 2) See IBN MA'SUD Hadith, and verse 2 of Sura 76 mentioned before.
- 3) See Sura 80 (Abasa) Verse 19, Meaning: (He created him from Nutfa and (Qaddarah)).
- 4) See Sura 23 (Mu-Minon) Verse 12-15, mentioned before.
- 5) The evidence is in Sura 75 (Qiyama) Verses 37 & 39, Meaning: (Was he (man) not a NUTFA out of emitted semen* Then did (he) become ALAQAH and did (God) make and complete (him)* And of him he made two sexes male and female).
- 6) The evidence is in Sura 23 (Mu-Minon) Verse 14, Meaning: (Then we made bones out of that Mudghah, then we clothed the bones with flesh).



- 1) Male and Female gametes ⁽¹⁾
- 2) Zygote ⁽²⁾
- 3) Early stage of intrauterine life until the Alaqah is formed ⁽³⁾

Nutfa means in the Arabic language a little or very little fluid. Obviously a cell (sperm or ovum) or group of cells (zygote or blastocyst) can be described as droplets of fluids so the Arabic meaning of the term is appropriate.

ALAQAH: Is the second stage of development commencing on day 41 after the last menstrual period and continuing up to day 80, after which the pregnancy fills the whole uterine cavity.

Alaqah has the following meanings in Arabic:
1- Leech 2- Blood Clot. 3- Something that clings and sticks and becomes suspended to a thing.

Ancient scholars, noting the appearance of blood clots at abortion, thought that this term

meant only blood clot. Obviously, with our recent knowledge, we realize that this term may describe a suspended thing, such as the products of pregnancy clinging and sticking to the uterine wall (Implantation), and then growing and hanging in the uterine cavity to become attached to the uterine wall. This is why Alaqah stage starts after, not at the time of, implantation.

MUDGHAH: is the third stage of development extending from day 81 to day 120 after the last menstrual period.

Mudghah means in the Arabic language a morsel of meat or flesh the size of a bite; however, bigger pieces like the heart can also be described as Mudghah.

It is clear that the pregnancy at day 80 (11 weeks + 3 days from the LMP) consists of two Mudghahs: one is formed, referring to the foetus (crown: rump length = 46 mm), and the other is

1) See evidence in Sura 53 (Al Najm) Verses 45-46, Meaning: (And he created the two sexes male and female from a NUTFA when inseminated) clearly referring to meiosis of sperm cells taking place in the testicular tubules when primary spermatocytes (46,XY) are divided into secondary spermatocytes (23, X and 23, Y) and mixed with the seminal fluid.

See also Sura 75 (Al Qiyama) Verse 37, Meaning: (Was he (man) not a NUTFA in an emitted seminal fluid) clearly referring to both: sperms in the semen and ova in the follicular fluid which is also emitted at ovulation. This concept is evidenced in many Hadiths referring to the male and female fluids and male and female semen and the Nutfa such as :

A. One of the Jews asked the Prophet (Peace be upon him): oh Mohammad, what is man created from? The Prophet replied (oh Jew, (he is) created from both: man's Nutfa and Woman's Nutfa). narrated by Ahmad.

B. (Man's fluid is white and woman's fluid is yellow...) narrated by Muslim.

C. (Man's fluid is thick and white and woman's fluid is thin and yellow...) narrated by Ahmed.

Reference is given in the 2 Hadiths to the man's semen and the woman's follicular fluid (semen) which is yellow and watery thin at ovulation time.

D. The fact that man is created from part (Nutfah) and not the whole of seminal fluid is evidenced in the Hadith: not from all the fluid (seminal) is the offspring created. Narrated by: Muslim.

Another proof is in Sura 75, Verse 37 mentioned above.

2) See Sura 76 (Insan) Verse 2, Meaning: (Verily, we created man from a mingled Nutfa) referring to: Fertilization.

3) The evidence that the term Nutfa includes blastocyst and early development up to day 40 from the last menstrual period is drawn from: Ibn Ma'Sud Hadith and from Verse 13 of Sura 23, Meaning: (Then we placed him as Nutfa in Qarar Makeen (The uterus)).



EMBRYOLOGY IN THE HOLY QURAN AND HADITH

علم الاجنة في القرآن والحديث

Mamoon SHOUKFEH, M.D.*

د. مأمون شقفة

INTRODUCTION

Human development is described in the Holy Quran and Hadith ⁽¹⁾ in a way that was never appreciated by scientists until recently. Some of the Quranic verses are still beyond explanation awaiting further scientific advancements.

Many scholars have tried to achieve understanding of the scriptures (Quran and Hadith) on this subject in the light of modern science, but most of the published data were inaccurate or incomplete due to the fact that most authors did not adhere to the proper method of research in the Holy Quran.

MATERIALS AND METHODS

A. To achieve a proper understanding of the terminology used in the scriptures, each term was reviewed and studied regarding the possible meaning/meanings, wherever it appeared in the Quran, Hadith, comments of the Prophet's com-

panions, and original Arabic literature. Ancient and recent Islamic writings were also reviewed excluding all forms of speculation

B. Data collected in this way were analyzed in the light of modern scientific information and compared to Quranic writings concerning embryology.

RESULTS

1. Stages:

Allah Almighty creates man into three successive stages called: NUTFA, ALAQAH and MUDGHAH. ⁽²⁾

2. Terminology:

NUTFA: is the first stage of development starting with the formation of the primordial germ cells of both partners and their union continuing up to the fortieth day after day 1 of the last menstrual period (see Ibn Ma'sud Hadith). The term is a comprehensive one including:

1) *Hadith is the recorded words, actions and sanctions of the Prophet Mohammad (may the blessings and peace of Allah be upon him).*

2) *See Sura 22 (Hajj) Verse 5, Meaning: (O Mankind, if ye have a doubt about the resurrection, (consider) that we created you out of dust, then out of NUTFA, then out of ALAQAH, then out of MUDGHAH formed and unformed).*

Also see Sura 23 (Mu-Minon) Verses 12-15, Meaning: (Man we did create from Sulalah (an extraction) of clay Then we placed him as NUTFA in the Qarar Makeen (the uterus)* Then we made the Nutfa into ALAQAH and then the Alaqah into MUDGHAH).*

Also see IBN MAS'UD Hadith: (Verily, the creation of each one of you is brought together in his mother's belly for 40 days in the form of NUTFA. Then he becomes ALAQAH for a like period, then he becomes MUDGHAH for a like period, then there is sent to him the angel who blows the SPIRIT into him).

*Mamoon Shoukfeh, M.D., F.R.C.O.G.,

Clinical Dean & Professor of Obstetrics and Gynaecology, Dubai Medical College, Consultant Obstetrician and Gynaecologist,

Al Wasl Hospital, Dubai, United Arab Emirates.

three months' duration. Clinical examination revealed tenderness in the right hypochondrium. Laboratory findings revealed mild elevation in serum bilirubin and liver enzymes. Ultrasonography demonstrated a gall bladder with thickened wall and multiple stones, dilatation of the extrahepatic ducts, and the common bile duct (C.B.D.) containing multiple small stones. Cholecystectomy was done. The C.B.D. was dilated. The duodenum was mobilized. A stone impacted at the ampulla of Vater was detected. A small catheter was introduced into the C.B.D. via the cystic duct. Bile was aspirated. A 50ml syringe was filled with a normal saline solution and was attached to the catheter. Slow injection was maintained until the biliary ducts were full. Forty ml of saline solution was injected. Saline was aspirated and 4 units of cryoprecipitate (prepared earlier in a water bath for 30 minutes at 37°C.) mixed with 2 mls of 10% calcium chloride was then injected slowly to fill the biliary ducts. Choledochotomy was done. The coagulum was extracted completely. Multiple small stones and the impacted stone noted at the ampulla were entrapped in the coagulum. Dilators passed easily to the duodenum. Postoperative T-tube cholangiogram was normal one week later.

Using the same technique, five additional cases of multiple choledocholithiasis were successfully completed subsequently.

COMMENT

The mixture of cryoprecipitate with 10% calcium chloride in the proportion of 20:1 yields tenacious coagulum within 5-10 minutes without the use of thrombin. Thrombin decreases the generation time so its absence allows the surgeon more time to fill the common bile duct and its branches without premature coagulation. The coagula are 106% to 300% stronger than those produced with thrombin.^{6,7} Usually 3-5 units of cryoprecipitate are required to fill the biliary ducts. Expansion of the cryoprecipitate volume with saline and bile

decreases the tensile strengths of the coagulum. Bile has fibrinolytic activity.⁹ The coagula generated from cryoprecipitate, calcium chloride and thrombin *in vitro* dissolve within one day. *In vivo* the retained fragments of cryoprecipitate mixed with bile in the biliary tracts will dissolve because the coagulum is nothing but fibrin clot. This study provides experimental and clinical evidence for the removal of biliary duct stones by using coagulum choledocholithotomy without thrombin. Still more clinical experience is needed; potentially, this technique could be used to extract multiple renal stones if it is as effective as it is in the extraction of biliary stones. This technique is simple, safe, non-traumatic, very effective, and it reduces the incidence of retained biliary duct stones.

REFERENCES

1. Way LD. Retained common duct stones. *Surg clin north an.* 1973;53:1139.
2. Berei G, Hamlin JA, Grundfest WS. Combined fluoroendoscopic removal of retained biliary stones. *Arch Surg.* 1983;118:1395.
3. Sutherland JW. Residual post-operative upper urinary tract stone. *J. Urol.* 1981; 126:573.
4. L Kalash SS, Campbell EW, Young JD further simplification of cryoprecipitate coagulum. *Pyelolithotomy without thrombin.* *Urology* 1983;22: 483.
5. Kalash SS Scovil WA Hill LJ Richards WO. Simplification of Cryoprecipitate coagulum. Choledocholithotomy by deletion of thrombin *Arch Surg.* 1984;119:1419
6. Fisher CP, Sanda LP III. Cryoprecipitate its use and effects in canine coagulum. *Pyelolithotomy. Invest Urol.* 1979; 16:266-269
7. Marshall. Commercial fibrinogen, autogenous plasma, whole blood and cryoprecipitate for coagulum pyelolithotomy. A comparative study. *J. Urol.* 1978.
8. Merendino KA, Dillard Dh, commock EE. The concept of surgical Biliary decompression in the management of liver Trauma *Surg Gynecol obstet.* 1963;117:285-293
9. Olesen ES. Activation of fibrinolysis in guinea pig serum by bile acids *Thromb Haemo st.* 1960;4:473-481



CRYOPRECIPITATE COAGULUM FOR REMOVAL OF "INACCESSIBLE" BILIARY STONES

استعمال الراسب القري المخثر لاستخراج حصيات القناة الجامعة المستعصية

Hisham Al-DOORI, M.D.*

د. هشام الدوري

ABSTRACT

Exploration of the common bile duct is sometimes a challenge to the surgeon, particularly for inaccessible multiple biliary stones. Retained calculi may result (in 5-25% of cases)^{1,3} even after careful common bile duct exploration combined with choledochoscopy. The use of modified tenacious coagulum to entrap and extract those calculi is now an established technique.^{4,5} The coagulum for choledocholithotomy is prepared by mixing 20 parts of cryoprecipitate with one part of 10 % calcium chloride solution without thrombin. The technique is safe, simple, nontraumatic, and very effective in extraction of the stones.⁵

الملخص

إن استقصاء القناة الجامعة يكون تحدياً للجراح في بعض الأحيان وخاصة في حالة الحصيات المنحشرة المستعصية والذي يؤدي إلى بقاء هذه الحصيات حتى بعد كامل الاسقصاءات و التآني في ذلك مع استعمال منظار القناة الجمعة وهذا يحدث في ٥ - ٢٥٪ من الحالات.

إن استعمال الراسب القري المخثر لاستخراج الحصيات بعد الآن اجراء معترف عليه. يحضر الراسب وذلك بعد خلط ٢٠ جزء من الراسب مع جزء واحد من كلوريد الكالسيوم ذو التركيز ١٠٪ وبدون اضافة التروبين. وهذه الطريقة هي طريقة سليمة وبسيطة وغير راضية وهي طريقة فعالة في استخراج الحصيات ، وهي طريقة معتمدة.

TECHNIQUE

Cryoprecipitate is kept at 37°C for 20 minutes before use and is drawn into a 50 ml syringe: One ml of 10% calcium chloride solution is added to each 20ml of cryoprecipitate, and the mixture is shaken well. Air bubbles are removed. The mixture is injected gently and slowly through a catheter into the common bile duct. Prior to this, the duodenum should be mobilized and a cholangocatheter is inserted through the cystic duct. The ampulla of Vater is occluded by pressure over the duodenum. This pressure is maintained for 5 -10 minutes after injection of the mixture. A 1.5 cm choledocholithotomy incision is made and gentle

freeing of the coagulum is done using a right angle clamp. Applying stone forceps with gentle traction, the coagulum is removed without any crushing. All the stones should be entrapped in the coagulum. The coagulum is extracted intact containing multiple unfragmented stones . Operative time from the preparation of the mixture to extraction of the coagulum varies from 15 - 20 minutes.

In vitro dissolution time of all the coagula that were immersed in bile at 37°C was two days.

REPORT OF CASE

The patient is a 25-year-old woman with a history of intermittent fever, jaundice, and pain of

*Hisham M.R.Al-Doori, F.R.C.S, FACS.

Department of Surgery, Saddam Medical City, Teaching Hospital, Baghdad, Iraq

المستشفيات عند العرب HOSPITALS IN ARABIC HERITAGE

أقام الأمويون بعض المستشفيات للجذام والعمى منذ خلافة الوليد بن عبد الملك في القرن الهجري الأول. أما العصر العباسي فقد عرف عشرات المستشفيات أو البيمارستانات في بغداد ودمشق والفسطاط، وبدأ ذلك مع أبي جعفر المنصور وهارون الرشيد في بغداد. وكثر عدد المستشفيات في مصر مع الفاطميين والأخشيديين والأيوبيين. وكانوا يختارون مكان المستشفيات بعد البحث والدرس، كما فعل الرازي حين أشار على عضد الدولة ببناء مستشفى بغداد في مكان معين ملائم.

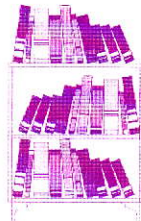
والمستشفيات عند العرب على نوعين:

١- الثابتة:

منها ما هو خاص ببعض الأمراض كالجنون والجذام، ومنها ما هو لسائر الأمراض. وكانت تنقسم إلى قسمين: جناح للرجال وآخر للنساء، وكل قسم يحتوي على غرف وقاعات للجراحة والأمراض الداخلية والأمراض المعدية، فضلاً عن وجود أقسام خاصة للنقاها، وكانت المياه جارية في أغلب هذه الأقسام. ونشير إلى أن المستشفيات كانت تسير وفق نظام خاص لا يختلف كثيراً عن الأنظمة المعروفة في المستشفيات المعاصرة من حيث تأمين الخدمة والنظافة والأطباء والممرضين والصيدلة. وفي كتاب طبقات الأطباء لابن أبي أصيبعة وكتاب تاريخ البيمارستانات لأحمد عيسى تفصيل لكل ذلك. وجاء في كتاب المقرئ في وصف المستشفى المنصوري الذي بناه السلطان قلاوون في القاهرة: "جعله للجندي والأمير والكبير والصغير والحر والعبد والذكور والإناث، ورتب فيه الأطباء والأدوية، وجعل فيه عدداً من الرجال والنساء لخدمة المرضى. وأفرد لكل طائفة من المرضى موضعاً، فقاعة للبرص، وقاعة لمرضى الحميات، وقاعة لأمراض المعدة. وينقسم إلى قسمين: واحد للرجال وآخر للنساء، وجعل المياه تجري فيه. وأفرد مكاناً لخن الأدوية ومكاناً لرئيس الأطباء لإلقاء دروس الطب، وأوقف عليه ما يقارب ألف ألف درهم في كل سنة".

٢- النقلة:

أو البيمارستان المحمول الذي ينقل من مكان إلى آخر وفقاً للحاجات والأمكنة والظروف وانتشار الأوبئة. يقول الدكتور أحمد عيسى في كتابه عن تاريخ البيمارستانات: "الراجح أن العرب هم أول من أنشأ البيمارستان المحمول، وهو مستشفى مجهز بجميع ما يلزم للمرضى والمداواة من أطباء وصيدلة وأدوية وأطعمة وأشربة وملابس وكل ما يعين على ترفيه الحال على المرضى. ينقل من بلد إلى آخر من البلدان الخالية من بيمارستانات ثابتة أو التي يظهر فيها وباء أو مرض معد". ويقال أن ثابت بن قره (القرن الرابع للهجرة) هو أول من سير هذا النوع من المستشفيات.



“من كتاب (الموسوعة): علماء العرب، للدكتور يوسف فرحات“

ملخصات

طبية

مختارة

Selected
Abstracts

■ فيزيولوجيا

■ أمراض باطنية

نتيجة تطبيق حاصرات قنيت الكالسيوم بعد احتشاء

العضلة القلبية

Outcome with calcium channel antagonists after myocardial infarction : a community - based study

J Am Coll Cardiol 1998 Jan; 31 (1) : 111-7

المجموعة المدروسة : 3982 مريضاً تتراوح أعمارهم بين 25 - 69 سنة مصابين باحتشاء عضلة قلبية غير مميت. طريقة الدراسة : عولج 1001 مريضاً عند تخريجهم من المستشفى بحاصرات بيتا ، و 923 مريضاً بحاصرات قنيت الكالسيوم ، و 711 مريضاً بحاصرات بيتا و حاصرات قنيت الكالسيوم، ولم يعط 1364 مريضاً أي من الدواءين . النتائج : وجد أن هناك فائدة في إعطاء حاصرات بيتا بعد احتشاء العضلة القلبية ولا يوجد أي تأثير على خطورة عودة احتشاء العضلة القلبية أو الموت عند استعمال حاصرات قنيت الكالسيوم .

الخلاصة : عند المقارنة بين حاصرات بيتا وحاصرات قنيت الكالسيوم ، يفضل استعمال حاصرات بيتا لتأثيرها المفيد ، وليس بسبب وجود تأثيرات جانبية ضارة لحاصرات قنيت الكالسيوم .

استحداث أوعية جديدة في العضلة القلبية ناقصة التروية

بعوامل النمو الإنسانية

Induction of neoangiogenesis in ischemic myocardium by human growth factors: first clinical results of a new treatment of coronary heart disease.

Circulation 1998 Feb 24 ;97 (7): 645 - 50

هدف الدراسة: يتحدث هذا المقال عن إجراء تجارب في الحيوانات وكذلك عن النتيجة السريرية الأولية للمعالجة الحديثة لنقص التروية القلبية باستعمال عامل النمو الإنساني FGF-1 (عامل نمو الخلايا المصورة للليف) لتحريض النمو الوعائي في العضلة القلبية ناقصة التروية .

طريقة الدراسة: استحصل على عامل النمو من نسائل الاشرشيات الكولونية بوسائل الهندسية الطبية ، وبعد الانتهاء من التجارب على الحيوان حقن FGF-1 (0.01 Mg/ Kg) من وزن الجسم) قريباً من الأوعية وذلك بعد الانتهاء من مفاغرة

الدورة اليومية للتأثير الضوئي غير البصري على الانسان

Extraocular Circadian Phototransduction In Humans

Science 1998 Jan 16; 279 (5349): 396 - 9

دوافع الدراسة : يقع النظام الفيزيولوجي والسلوكي للإنسان تحت سيطرة ساعة داخلية يومية.

هدف وطريقة الدراسة : تمت دراسة ارتكاس الساعة اليومية للإنسان عند تعرضه للضوء عن غير الطريق البصري ، وذلك بقياس حرارة الجسم ، وتركيز الميلاتونين ، خلال الدورة اليومية، قبل وبعد التعرض لنبضات ضوء مركزة على الناحية المأبضية .

النتائج : وجدت علاقة جهازية بين توقيت نبضات الضوء وهذه الدورة . هذه الموجودات تعاكس المعتقدات السائدة بأن الثدييات تتأثر فقط بالتحريض الضوئي لشبكة العين مما قد يساعد في تطوير معالجة اضطرابات النوم والنظام اليومي للإنسان .

التجدد العضلي بواسطة عناصر مولدة للعضلات مصدرها

نقي العظام

Muscle regeneration

by bone marrow-derived myogenic progenitors

Science 1998 Mar 6; 279(5356): 1528-30

من المعروف أن نمو و ترميم العضلات الهيكلية تتوسطه عادة الخلايا المحيطة التابعة للألياف العضلية ، ولكن لوحظ أنه في العضلات المترمة يكون عدد طلائع الخلايا العضلية المتجددة يفوق عدد الخلايا المحيطة التابعة مما يدل على هجرة و قدوم خلايا غير مميزة مجمدة من مناطق أخرى إلى المنطقة المعنية. إن اغتراس نقي عظام ذو مورثات موسومة في الجرد ناقص المناعة أظهر أن الخلايا المنبثقة عن النقي تهاجر إلى المنطقة العضلية المتنكسة و تبدي تمايزاً عضلياً ، و تساهم في ترميم الألياف المتخربة .

إن استخدام خلايا نقي معدلة جينياً تساهم في الترميم العضلي قد يمكن من استخدام هذه التقنية في المستقبل في معالجة الحثول العضلية.



بين المجموعتين عند المتابعة لمدة 23 شهراً .
الخلاصة: يستنتج أن أكثر المصابين باحتشاء العضلة القلبية الحاد بدون "Q" لا يستفيدون من التدبير الغازي المبكر والذي يشمل على تصوير الشرايين الإكليلية ومن ثم إعادة التروية . والتدبير الأفضل هو التدبير المحافظ الدوائي مع مراقبة المريض وإجراء التدابير الغازية عند ظهور نقص تروية عفوي أو محرض .

المعالجات المساعدة في احتشاء العضلة القلبية الحاد

J Am Coll of Cardiol V 13 N 3 Spring 1998

الأسبرين: خفض إعطاء الأسبرين في اللحظات الأولى من الاحتشاء من الوفيات بنسبة 23% ، إذا قورن بالعلاج الموهم .
الستريبتوكيناز: خفض تطبيق الستريبتوكيناز في احتشاء العضلة القلبية الحاد الوفيات بنسبة 25% مقارنة مع الدواء الموهم .

حاصرات بيتا: يجب إعطاء حاصرات بيتا وريدياً لكل المصابين باحتشاء عضلة قلبية حاد في غياب مضادات الاستطباب ، متبوعاً بحاصرات بيتا الفموية بوجود هيمودنمية مستقرة .
الهبارين: إن إعطاء الهبارين يزيد ويسرع من انفتاح الشريان المسؤول عن الاحتشاء عند إعطائه مع TPA وليس مع حالات الخثرة اللانوعية مثل الستريبتوكيناز ، ولكن هناك زيادة خفيفة في نسبة حدوث النزوف .

مثبطات الخميرة القابلة للانجيوتنسين: يبدو أنه فائدتها أكبر عند ذوي الخطورة العالية (مثل الاحتشاء الأمامي ، وجود احتشاء عضلة قلبية سابق ، استرخاء عضلة قلبية حالي أو سابق ، تسرع النبض) وخاصة بوجود سوء في الوظيفة الانقباضية للبطين الأيسر .

النترات: لم تخفض من نسبة الوفيات كثيراً عند تطبيقها وريدياً لمدة 24 ساعة ، ثم بلصاقات جلدية بصورة متقطعة ، ويوصى بإعطائه وريدياً خلال الـ 24 - 48 ساعة الأولى من الاحتشاء عند المصابين باسترخاء قلب احتقاني ، أو باحتشاء واسع أو بنقص تروية مستمر ، أو بارتفاع ضغط شرياني .

حاصرات قنبيات الكالسيوم: لا يوجد لها دور روتيني في تدبير احتشاء العضلة القلبية ولكنها تنقص من حوادث الموت و الاحتشاء عند المصابين بخناق صدر غير مستقر ، وهناك تجارب على استعمالها في احتشاء العضلة القلبية الحاد خارج نطاق استعمالها عند التوسيع بالبالون أو كعلاج اضافية

الشريان الثدي الباطن مع الأمامي النازل لعشرين مريضاً لديهم إصابة بثلاثة أوعية . كل المرضى لديهم تضيقات محيطية إضافة للأمامي النازل أو أحد فروعه .

أجرى بعد اثني عشر أسبوعاً تصوير انتقائي للشريان الثدي الباطن وقيمت النتائج وقد لوحظ نمو أوعية جديدة بالتصوير في كل الحيوانات . ولوحظ تكون أوعية شعرية في كل الحالات في مكان الحقن مع تشكل شبكة شعريات تتبرعم ابتداءً من القطعة قبل التضيق في الوعاء وتصل إلى ما بعد القطعة المتضيقة .

الخلاصة: يستنتج من الدراسة أن هذه الوسيلة الجديدة في إعادة التروية القلبية قد يكون لها دور عند وجود تضيقات محيطية إضافية لا يمكن إعادة ترويتها جراحياً .

النتائج المقارنة لمعالجة احتشاء العضلة القلبية الحاد

بدون "Q"

بتوزيع المرضى عشوائياً للمعالجة المحافظة أو الغازية

Outcomes In Patients With Acute Non-Q-Wave Myocardial Infarction Randomly Assigned To An Invasive As Compared with A Conservative Management Strategy.

N Engl J Med 1998 June 18; 338(25):1785-93

دوافع الدراسة: المعالجة الغازية هي تدبير احتشاء العضلة القلبية الحاد بدون "Q" بإجراء تصوير الشرايين الإكليلية ومن ثم إعادة التروية جراحياً أو بالبالون .

المجموعة المدروسة وطريقة الدراسة : درس 920 مريضاً خصص بعضهم (462 مريضاً) للمعالجة الغازية ، والباقي بالمعالجة المحافظة التي تشمل على المعالجة الدوائية والاختبارات غير الغازية، يتلوها معالجة غازية إذا حدث نقص تروية عفوي أو محرض خلال 72 ساعة من الاحتشاء الحاد، حددت النتائج النهائية بالموت أو باحتشاء غير مميت .

خلال متابعة المرضى حتى 23 شهر حدثت 152 حادثة (5 حوادث وفاة ، و 72 احتشاء غير مميت) عند 138 مريضاً عولجوا بمعالجة غازية ، و 139 حادثة (59 حادثة وفاة ، و 80 احتشاء غير مميت) عند 123 مريضاً عولجوا بمعالجة محافظة .

النتائج: كانت النتائج السريرية أسوأ في السنة الأولى عند المعالجين بمعالجة غازية إذ أن حالات الاحتشاء الحاد والوفيات أعلى في هذه المجموعة (36 بالغازية 15 بالمحافظة) في الشهر الأول و (111 - 85) في السنة الأولى . لم تختلف نسبة الوفيات



مع حالات الخثرة .

الهيرودين: لم يتبين له أية ميزة عن الهبارين .

المغنزيوم: لا يمكن أن يوصى باستعماله بشكل روتيني في

احتشاء العضلة القلبية الحاد في الوقت الحاضر .

عام من تجربة معالجة التهاب الكبد المزمن البائي

باللاميفودين

A One Year Trial of Lamivudine
for Chronic Hepatitis B

N Engl J Med 1998 July 9; 339 (2):61- 68

دوافع الدراسة: أظهرت التجربة المبدئية لمعالجة التهاب الكبد المزمن البائي باللاميفودين فعالية علاجية ، وهو نوكليريدي مشابه يعطى عن طريق الفم .

المجموعة المدروسة وطريقة الدراسة: طبق العلاج على 358 مريضاً صينياً ، أعطي 142 مريضاً منهم 25 ملغ لاميفودين ، و 143 مريضاً منهم 100 ملغ لاميفودين ، و 73 مريضاً دواء موهماً ، وذلك بجرعة واحدة يومياً ، وقورنت الدراسة النسيجية لخزعات الكبد التي أجريت قبل العلاج بالخزعات المجرة بعده .
النتائج: وجد تحسن بنسبة درجتين على الأقل حسب مقياس Knodell وذلك في 56 ٪ من المرضى الذين تناولوا جرعة 100 ملغ / يوم من الدواء ، و 49 ٪ من المرضى الذين تناولوا جرعة 25 ملغ / يوم ، و 25 ٪ من المرضى الذين تناولوا دواء موهماً . حدثت زيادة في الفعالية الالتهابية النخرية في 7 و 8 ٪ من المرضى الذين تناولوا جرعة 100 و 25 ملغ من الدواء بينما زادت في 25 ٪ من المرضى الذين تناولوا دواء موهماً .

ترجع التليف في المعالين باللاميفودين ، كما أن Hbe Ag في المصل انقلب إلى سلبى لدى نسبة كبيرة من المرضى ، مع اختفاء دنا فيروس التهاب الكبد البائي في 16 ٪ من المرضى ، وعودة مستوى خميرة ألانين أمينو ترانسفيراز إلى الحد الطبيعي الخلاصة: ترافقت المعالجة باللاميفودين مع تحسن نسيجي في عدد كبير من المرضى ، وإن هذا العلاج يفوق الانتزفرون ألفا فعالية ، وإنه أسهل استخداماً ، وهو يفضل على الانتزفرون حيث أن التأثيرات الجانبية للأخير تتعلق بالجرعة ، وفعاليتها العلاجية محدودة لدى المرضى الآسيويين ، إلا في حال ارتفاع الخمائر الكبدية .

التشارك بين التشمع الصفراوي البدئي و الداء البطني

(الداء الزلاقي): دراسة للانتشار النسبي

The Association Between Primary Biliary Cirrhosis
And Celiac Disease: A Study Of Relative Prevalences

Gut 1998 Jan ; 42(1) :120-2

إعطاء الاتينولول وقائياً من نقص التروية بعد العمل

الجراحي

Prophylactic Atenolol Reduces Postoperative
Myocardial Ischemia. Mcspi Research Group

Anesthesiology 1998 Jan ; 88 (1) : 7-17

دوافع الدراسة : يحدث نقص التروية القلبية عند 20 - 40 ٪ من المرضى المعرضين لخطر حدوث المضاعفات القلبية في الفترة ما حول العمل الجراحي ويتوافق بزيادة قدرها تسعة مرات بنسبة الوفيات ، واحتشاء العضلة القلبية ، والحناق غير المستقر ، كما يزداد خطر الإصابة المديدة مرتين . يؤدي إعطاء الاتينولول في الفترة ما حول العمل الجراحي إلى إنقاص خطر الوفيات القلبية لمدة سنتين من العمل الجراحي .

المجموعة المدروسة وطريقة الدراسة: درس 200 مريضاً معرضين لخطر الإصابة بالمرض القلبي الإكليلي ، وزعوا إلى مجموعتين : مجموعة الاتينولول ومجموعة الدواء الموهم .

درس المرضى لمدة سبعة أيام بعد العمل الجراحي بأخذ القصة السريرية ودراسة أي تغير بالحالة العامة وإجراء تخطيط قلب كهربائي كامل ، وهولتر ، وعيار الكرياتينين كيناز مع (PK مع MB) . أعطي الاتينولول (0 أو 5 أو 10 ملغ) ، أو دواء موهم وريدياً قبل التخدير مباشرة وكل 12 ساعة بعد العمل الجراحي ، وذلك حتى يسمح للمريض بتناول الأدوية فمويماً ، وبعد ذلك أعطي الاتينولول (0 أو 50 أو 100 ملغ) فمويماً مرة يومياً مع مراقبة الضغط الشرياني والنبض .

النتائج: نقصت حوادث نقص التروية بصورة مهمة عند المرضى الذين طبق لهم الاتينولول:

- في اليوم 0 - 2 : الاتينولول 17 من 99 مريضاً ، الدواء الموهم 43 من 101 مريضاً

- في اليوم 0 - 7 : الاتينولول 24 من 99 مريضاً ، الدواء الموهم 39 من 101 مريضاً

الخلاصة: يستنتج أن تطبيق الاتينولول لمدة أسبوع للمرضى المعرضين للإصابة الإكليلية في الفترة ما حول العمل الجراحي ينقص حوادث نقص التروية القلبية وكذلك نسبة الوفيات وذلك لمدة سنتين بعد تطبيقه .



المرضى المصابين بالتشمع الصفراوي البدئي بمعايرة أصداد الغليادين أو بإجراء خزعة من العفج.

سلامة و تمنيع لقاح التهاب الكبد "أ" عند المصابين

بمرض كبدي مزمن

Safety And Immunogenicity Of Hepatitis "A" Vaccine In Patients With Chronic Liver Disease

Hepatology 1998 Mar; 27 (3) : 881 - 6

دوافع الدراسة: يسبب التهاب الكبد الحاد "أ" عندما يحدث عند مرضى مصابين بمرض كبدي مزمن ، التهاب كبد شديد أو صاعق.

هدف الدراسة: أجريت دراسة مفتوحة تمت في مراكز متعددة بالمقارنة بين سلامة و تمنيع لقاح التهاب الكبد "أ" عند المرضى المصابين بمرض كبدي مزمن ، وعند الأشخاص السليمين. و الهدف الثانوي لهذه الدراسة هو المقارنة بين لقاح التهاب الكبد "أ" و لقاح التهاب الكبد "ب" التجاري عند الأشخاص المصابين بالتهاب الكبد المزمن "ث".

المجموعة المدروسة: شملت الدراسة 475 شخصا تجاوزت أعمارهم 18 سنة ، صنفوا في 5 مجموعات و ذلك حسب القصة المرضية و المعطيات المصلية و التشخيص السابق.

طريقة الدراسة: أعطى لقاح التهاب الكبد "أ" المعطل بفاصل 6 أشهر لكل من : مرضى المجموعة الأولى (الأشخاص السليمين) و الثانية (التهاب الكبد المزمن ب) ، و الثالثة (التهاب الكبد المزمن ث) ، و الخامسة (أمراض الكبد المزمنة الأخرى غير الناجمة عن الإصابة الفيروسية) . بينما أعطي مرضى المجموعة الرابعة (التهاب الكبد المزمن ث) 3 جرعات من لقاح التهاب الكبد ب المأشوب Recombinant حسب الجدول الزمني التالي : 0-1-6 أشهر .

النتائج: كانت الأعراض الموضعية في مكان الحقن هي أكثر الارتكاسات مشاهدة عند كل المجموعات السابقة (35.5 ٪ من كل الجرعات) مع الإشارة إلى أن لقاح التهاب الكبد "ب" أحدث أعراضاً موضعية في مكان الحقن بنسبة أقل من لقاح الكبد "أ" (19.8 ٪ بالمقارنة مع 37.5 ٪) ، رغم وجود نسبة أعلى من الأشخاص الطبيعيين الذين حصل لديهم انقلاب مصلي بعد جرعة واحدة ممن لقاح التهاب الكبد "أ" (93 ٪ ، بالمقارنة مع الأشخاص المصابين بالتهاب الكبد المزمن "ث" (73.3 ٪) ، أو الأشخاص المصابين بأمراض الكبد المزمنة الأخرى (83.1 ٪) .

دوافع الدراسة: تم ذكر حالات من التشمع الصفراوي البدئي متشاركة مع الداء البطني و لكن لم تدرس هذه الحالات بشكل روتيني.

هدف الدراسة: تحديد الانتشار النسبي للتشارك بين التشمع الصفراوي البدئي و الداء البطني في مجموعة محددة من السكان خلال فترة 12 سنة.

المجموعة المدروسة و طريقة الدراسة: تمت دراسة كل المعطيات السريرية و الفحوص المخبرية للمرضى المصابين بالتشمع الصفراوي البدئي أو الداء البطني في مجموعة ثابتة من السكان بلغ عددها 250000 في منطقة جنوب ويلز.

النتائج: تم تشخيص ومتابعة 67 مريضاً مصاباً بالتشمع الصفراوي البدئي و 143 مريضاً مصاباً بالداء البطني خلال فترة 3-135 شهراً ، بمتوسط 86 شهراً. كانت نسبة انتشار التشمع الصفراوي البدئي في عام 1996: 20 لكل 100000 من السكان ونسبة انتشار الداء البطني 54 لكل 100000 من السكان. تم البحث عن التشمع الصفراوي البدئي عند المرضى المصابين بالداء البطني من خلال دراسة اختبارات وظائف الكبد . وجد عند 10 مرضى اضطرابات مستمرة في اختبارات وظائف الكبد و شخص التشمع الصفراوي البدئي عند 3 مرضى . تم البحث عن الداء البطني عند المرضى المصابين بالتشمع الصفراوي البدئي من خلال استقصاءات سوء الامتصاص و عوز المقويات الدموية Hematinics و ايجابية أصداد الغليادين و وجود قصة عائلية للداء البطني. أجريت خزعة من العفج لـ 11 مريضاً مما سمح بتشخيص الداء البطني عند مريض إضافي واحد. وجد 4 مرضى (3 منهم نساء) مصابون بكل من هذين المرضين مما يعطي نسبة انتشار تقدر بـ 1.6 لكل 100000 من السكان لهذه المشاركة المرضية. بلغت نسبة انتشار التشمع الصفراوي البدئي عند المرضى المصابين بالداء البطني 3 ٪ ، و نسبة انتشار الداء البطني عند المرضى المصابين بالتشمع الصفراوي البدئي 6 ٪ . الخلاصة: أظهرت دراسة مجموعة ثابتة من السكان بلغت 250000 نسمة خلال 12 سنة انتشاراً نسبياً للتشمع الصفراوي البدئي عند 3 ٪ من أصل 143 مريض مصاب بالداء البطني، و انتشاراً نسبياً للداء البطني عند 6 ٪ من أصل 67 مريض مصاب بالتشمع الصفراوي البدئي. هناك إذاً تشارك بين التشمع الصفراوي البدئي و الداء البطني. ينصح بالبحث عن التشمع الصفراوي البدئي عند المرضى المصابين بالداء البطني بمعايرة أصداد المتقدرات، كما ينصح بالبحث عن الداء البطني عند



المجموعة المدروسة: تمت دراسة تأثير التروغليتازون مقارنة بالدواء الموهم Placebo عند 350 مريضاً مصاباً بداء السكري من النمط غير المعتمد على الأنسولين و السيئ الضبط (يتراوح الخضاب الغلوكوزي بين 8 - 12٪، بينما الطبيعي 4.3-6.1٪) رغم المعالجة بـ 30 وحدة أنسولين يومياً على الأقل.

طريقة الدراسة: قسم المرضى لثلاثة مجموعات: الأولى تضم 116 مريضاً أعطوا 200 ملغ تروغليتازون، والثانية تضم 116 مريضاً أعطوا 600 ملغ تروغليتازون، وفي الثالثة 118 مريضاً أعطوا دواء موهماً، يومياً لمدة 26 أسبوعاً، لم تزد جرعات الأنسولين، بل تم تخفيضها للوقاية من نقص السكر، وتم قياس كل من المعالم التالية: الخضاب الغلوكوزي، سكر الدم الصباحي، الكوليسترول الكلي، HDL CT، LDL CT، والشحوم الثلاثية، خمس مرات خلال الأسابيع الثمانية الأولى، ثم عشر مرات خلال الأسابيع الـ 26 من المعالجة، وقد عوبرت جرعات الأنسولين اليومية في كلا الفترتين.

النتائج: أكمل 90 ٪ من المرضى الدراسة، ولوحظ نقص وسطي في الخضاب الغلوكوزي بنسبة 0.8 و 1.4 ٪ في المجموعة الأولى والثانية الذين تلقوا 200 و 600 ملغ من التروغليتازون. ونقص سكر الدم الصباحي بمعدل 35 و 49 ملغ / 10 مل (1.9-2.7 mmol / L) على الترتيب، ورغم إنقاص جرعة الأنسولين في 11 ٪ و 29 ٪ لوحظ ازدياد طفيف في تركيز كوليسترول المصل و كوليسترول LDL وكوليسترول HDL بينما لوحظ انخفاض طفيف في تركيز الشحوم الثلاثية في المرضى المعالجين.

الخلاصة: عند مشاركة التروغليتازون مع الأنسولين عند المرضى السكريين من النمط 2، فإن التروغليتازون يحدث تحسن في ضبط السكر لديهم.

استعمال التروغليتازون في علاج النمط II من السكري

Troglitazone for Type 2 Diabetes

Diabetes Care 1998 Sep; 21: 455-61, 462-9

دوافع الدراسة: ظهر مؤخراً دواء مضاد للداء السكري يعمل على خفض المقاومة للأنسولين هو التروغليتازون Troglitazone. هدف الدراسة: أجريت دراستان لمعرفة تأثير التروغليتازون في معالجة الداء السكري.

الدراسة الأولى:

المجموعة المدروسة: أخذت مجموعة مؤلفة من 222 مريضاً لديهم داء سكري من النمط II، وسطي الخضاب السكري لديهم

إن 94٪ من مجمل الأشخاص الملقحين كانوا إيجابيين لأضداد فيروس التهاب الكبد "أ" بعد إكمال جرعتي اللقاح. كان التركيز الوسطي لأضداد فيروس التهاب الكبد "أ" أقل عند المرضى المصابين بأمراض الكبد المزمنة الأخرى بالمقارنة مع الأشخاص السليمين في أي وقت بعد تناول اللقاح. الخلاصة: إن لقاح التهاب الكبد "أ" جيد التحمل وقد أحدث استجابة مناعية مرضية عند المرضى المصابين بالتهاب الكبد المزمن "ب" أو "ث" أو بأمراض الكبد المزمنة الأخرى.

الاستخدام العلاجي للعامل المرض للمستعمرات CSF في

الحمى ناقصة المحببات

Therapeutic Use Of Colony Stimulating Factor For Established Neutropenic Fever

W V Med J 1998 Jan - Feb; 94 (1): 26 - 8

دوافع الدراسة: لقد ووفق على تطبيق العوامل المحرصة لنمو الخلايا المولدة للدم و العامل المحرض لمستعمرات المحببات G-CSF، والعامل المحرض لمستعمرات المحببات والبلعات GM-CSF فقط في الوقاية من الاختلاطات الخمجية التالية للمعالجة الكيماوية.

هدف الدراسة: محاولة استخدام العوامل السابقة، بالإضافة إلى الصادات، في معالجة المرضى المصابين بالحمى المرافقة لعوز المحببات التالية للمعالجة الكيماوية.

النتائج: لقد أدت هذه المحاولة العلاجية إلى تخفيض واضح لفترة عوز المحببات، لكن ذلك لم يؤد إلى تخفيض مدة المكوث في المشفى، أو فترة استمرار الحمى، أو نسبة الوفاة. وبسبب الكلفة العالية لهذه المواد فإنه لا ينصح باستخدامها لهذا الغرض في الوقت الحاضر.

تأثير التروغليتازون في المرضى السكريين من

النمط II المعالجين بالأنسولين

Effect Of Troglitazone In Insulin-Treated Patient With Type II Diabetes Mellitus

N Engl J Med 1998 Mar 26; 338 (13): 861 - 6

دوافع الدراسة: التروغليتازون هو دواء جديد مضاد للداء السكري يعطى عن طريق الفم، يزيد من حساسية النسيج المحيطة للأنسولين، ويمكن أن يزيد فعالية الأنسولين الخارجي عند المرضى السكريين المقاومين للأنسولين.



دوافع الدراسة: روج لهرمون الغدة الصنوبرية (الميلاتونين) كمساعد على النوم الطبيعي ويمكن الحصول عليه دون وصفة طبية.

المجموعة المدروسة: ضمت هذه الدراسة مجموعة مؤلفة من 15 طبيباً سريرياً يعملون في أجنحة الطوارئ ، وذلك بعد عملهم في مناورتين ليليتين متتاليتين استمرت كل منهما حتى الساعة السابعة صباحاً.

طريقة الدراسة: تم إعطاء المجموعة 5 ملغ من الميلاتونين أو من الدواء الموهوم في كل من الليالي الثلاث التالية عند وقت النوم . وبعد مرور شهر ، عكس إعطاء العلاج.

النتائج: لم يكن هناك اختلاف بين قياس النتائج الأولية لكل من الميلاتونين و الدواء الموهوم، وأعطى تقرير ذاتي بالعودة إلى الحالة الطبيعية في اليوم الرابع من المناوبات الليلية. لم يكن هناك اختلافاً في المقاييس الأخرى والتي تشمل: عدد ساعات النوم في كل ليلة، ونوعية النوم، والإرهاق، والمزاج، والفحص العصبي النفسي.

التعليق: ليست هناك إشارة لتأثير مفيد للميلاتونين في هذه الدراسة ذات المجموعة الصغير، وقد يفيد الميلاتونين بعد مناوبة ليلية طويلة ومتواصلة. وجدير بالذكر أن الميلاتونين لا يخضع لمراقبة إدارة رسمية، وأن محتوى الأدوية التجارية المتنوعة منه مختلف.

المظهر السريري والتشخيص السريع للإصابة الإنسانية

بفيروس الأنفلونزا الطيرية H5N1 A

Clinical Features And Rapid Viral Diagnosis Of Human Disease Associated With Avian Influenza H5N1 A Virus

Lancet 1998 Feb 14; 351 (9101) : 467-71

دوافع الدراسة: ظهرت حديثاً إصابة إنسانية بفيروس الأنفلونزا الطيرية A (تحت نمط H5N1) في هونغ كونغ المجموعة المدروسة: تضم 12 مريضاً أثبتت لديهم الإصابة بكشف الفيروس. كانت أعمارهم متراوحة بين 1 - 60 عاماً، ولديهم أعراض سريرية مشابهة للإصابة بالأنفلونزا مع وجود التهاب رئوي في 7 مرضى منهم.

النتائج: المرضى فوق 13 عاماً كانت إصابتهم شديدة وتوفي أربعة منهم ، بينما الأطفال تحت 5 سنوات كانت الأعراض خفيفة لديهم عدا واحداً منهم توفي بمتلازمة Reye ناجمة عن تناول الأسبرين. كانت الأعراض الهضمية ، وارتفاع إنزيمات الكبد ، والفشل الكلوي غير المترافق بانحلال عضلي ، ونقص

HbA1c %9.2 ، ويأخذون 27 وحدة أنسولين وسطياً.

طريقة الدراسة: لمعرفة تخفيض التروغليتازون الحاجة للأنسولين، تم استمرار تناول المرضى للأنسولين مع إعطائهم 200 أو 400 ملغ من التروغليتازون أو الدواء الموهوم يومياً. وقد أنقصت جرعة الأنسولين تبعاً للطريقة الخوارزمية Algorithm وذلك عندما نقص سكر الدم الصباحي قبل الطعام النتائج: في الأسبوع 26 كان لدى المجموعتين اللتين تتناولان التروغليتازون انخفاضاً أكثر وضوحاً في جرعة الأنسولين (30 و 41 وحدة) من المجموعة التي تتناول الدواء الموهوم (13 وحدة) الدراسة الثانية:

المجموعة المدروسة: تألفت هذه المجموعة من 552 مريضاً يتناولون السلفونيل يوريا Sulfonyleurea ، وسطي الخصاب السكري 1 لديهم HbA1c %9.5 طريقة الدراسة:

قسم المرضى إلى عدة مجموعات تم إعطاؤهم ما يلي:

– المجموعة الأولى 12 ملغ من الغليبيريد Glyburide

– المجموعة الثانية 200 ملغ من التروغليتازون

– المجموعة الثالثة 400 ملغ من التروغليتازون

– المجموعة الرابعة 600 ملغ من التروغليتازون

– المجموعة الخامسة معالجة مركبة من الغليبيريد Glyburide

مع واحدة من جرعات التروغليتازون (200, 400, 600 ملغ)

النتائج: بعد سنة كان مستوى HbA1c مرتفعاً في كل المجموعات التي عولجت بدواء وحيد بينما انخفض بشكل واضح إثر المعالجة المركبة. وقد سجل أكبر انخفاض له (1.75 %) بعد العلاج بـ التروغليتازون 600 ملغ + الغليبيريد 12 ملغ التعليق: تظهر الدراسات المتوسطة المدة أن تأثير التروغليتازون Troglitazone في مرضى السكري من النمط II هو: 1. إنقاص الحاجة للأنسولين في المرضى

2. يعمل بشكل متعاون مع السلفونيل يوريا Sulfonyleurea

كانت حالات نقص سكر الدم في الدراسات نادرة ، وقد حدث في حوالي 4% من متناولي التروغليتازون Troglitazone في الدراسة الثانية ارتفاع مستوى ترانساميناز المصل بقدر 3 أضعاف ، وهذا تأثير جانبي معروف للدواء.

هل يحسن هرمون الميلاتونين النوم بعد المناوبات الليلية ؟

Does Melatonin Improve Sleep After Night Shifts?

Ann Emerg Med 1998 Sep; 32:334-40



الوقاية من التأثيرات المميتة للفيروس، وذلك في نموذج حيواني، بالتمنيع باستخدام بلاسميد ينسخ بروتينات الفيروس. أجري اختبار الاستجابة المناعية للبروتينات النووية للفيروس، والبروتينات السكرية المفردة أو الغشائية، وقابلية التمنيع ضد الخمج في خنزير غينيا وهو مشابه للنموذج الانساني للمرض، فوجد أنه قد تم الحصول على هذه الاستجابة المناعية، الذي دل عليه مقدار الأضداد واستجابة الخلايا للمفاوية التائية النوعية للمستضدات المذكورة.

الخلاصة: ان التمنيع تجاه ايولا ممكن تطويره بواسطة التلقيح المورثي مما يساعد في الحد من انتشار المرض

التحسس لللاتكس

Latex Allergy

Am Fam Physician 1998 Jan; 1; 57(1): 93-102

إن مادة اللاتكس الطبيعي التي يمكن الحصول عليها من شجر المطاط مادة محسسة للأشخاص الذين يتعرضون لها بشكل متكرر كالعاملين في المجال الصحي وعمال المطاط، والذين يتعرضون لجراحات متكررة خاصة إذا تمت هذه الجراحات في عمر باكر. إن أعراض التحسس لللاتكس قد تتطور بشكل سريع وتقود إلى التأق. لقد ازداد حدوث التحسس لللاتكس بسبب ازدياد استعمال القفازات المطاطية، وإن جزيئات اللاتكس المحمولة بالهواء تلتصق بالنشاء الذي يستعمل في هذه القفازات كبودرة ويشكل مسبباً أساسياً للأعراض التنفسية ومصدراً هاماً للتحسس. عندما يتعرض الشخص المتحسس لمادة اللاتكس مرة أخرى تظهر أعراض التحسس. يؤكد التشخيص بالقصة السريرية المفصلة وباختبار IgE الخاص باللاتكس وبالاختبار الجلدي. إن المعالجة المثلى للتحسس لللاتكس هي تجنب التعرض وعلى الأطباء تثقيف الناس بوجود هذه المشكلة وتطوير نظام علاجي لها، وتنبيه الأشخاص المتحسين إلى المواد التي تحتوي على هذه الجزيئات.

تشخيص التهاب الأوعية

Diagnosing Vasculitis

Ann Intern Med 1998 SEP 1;129 : 345-52, 417 - 8

دوافع الدراسة: تشكل التهابات الأوعية تحدياً تشخيصياً للأطباء السريريين، فالامراضية غير مفهومة بشكل جيد، كما أن التهابات الأوعية هي جزء من عدة متلازمات سريرية لها صفات خاصة متشابهة وغالباً متداخلة.

الكريات البيض، واضحة في بعض الحالات.

الخلاصة: العوامل المرافقة للإصابة الشديدة والاختلاطات هي تقدم العمر، تأخر الدخول للمشفى، إصابة الرئتين، ونقص إجمالي الكريات البيض أو نقص للمفاويات عند القبول في المشفى. يتم التشخيص السريع للإصابة بالفيروس بفحص المفرزات التنفسية بواسطة الـ RT-PCR وهو أكثر دقة من الومضان المناعي باستعمال الأضداد وحيدة النسيلة.

هجمة انتشار نائل عالية الفوعة من المتفطرات السلية

An Outbreak Involving Extensive Transmission Of A Virulent Strain Of Mycobacterium Tuberculosis

N Engl J Med 1998 Mar 5; 338 (10): 633 - 9

دوافع الدراسة: لوحظ في السنوات الأخيرة الانتشار الواسع للتدرن في المجتمعات الريفية الصغيرة ذات الخطورة القليلة للإصابة.

المجموعة المدروسة وطريقة الدراسة: درس 21 مصاباً بالتدرن، وتم تحري الأشخاص المحيطين بهم، كما تمت دراسة النسل المسببة من المتفطرات السلية.

النتائج: في بعض المصابين تطور المرض الفعال سريعاً بعد تعرض قصير الأمد، كما تم انتقال العدوى بسرعة وبشكل واسع إلى الأشخاص المحيطين حيث ظهر لدى عدد كبير منهم (72%) إيجابية الاختبار الجلدي.

تمت دراسة الإصابة لدى الفئران فكان تعداد العصيات في الرئة 1000 عصية / رئة بعد 10 أيام عند الإصابة بنسائل Erdman و10000 عصية / رئة بعد 20 يوماً، أما بالنسبة للنسائل المسببة للهجمة المعنية فكان تعداد العصيات 10000 عصية / رئة بعد 10 أيام، و1000000 عصية / رئة بعد 20 يوماً.

الخلاصة: إن النسائل المسببة للهجمة التدرن لها قدرة عالية جداً على النمو، وإن الانتشار السريع للعدوى قد يعود للفوعة العالية لهذه النسائل وليس بسبب عوامل بيئية أو شخصية.

التمنيع لفيروس ايولا

Immunization for Ebola Virus Infection

Natl Med 1998 Jan; 4 (1): 27-42

دوافع الدراسة: ان الخمج بفيروس ايولا سريع التطور، يسبب حمى و نزف و هبوط أو غالباً ما يكون مميتاً. وإن المحاولات السابقة للحصول على مناعة واقية لهذا المرض لم تلق نجاحاً. طريقة ومادة الدراسة: يوضح هذا البحث امكان الحصول على



المؤلمة هي عوامل خطورة للإصابة الجهازية، أما غياب الحرارة ووجود الغلوبولينات القرية والآلام المفصلية فهي عوامل خطورة للإصابة الجلدية المزمنة.

مقارنة بين معالجات الحالة الصرعية

A Comparison Of Treatments For Status Epilepticus

N Engl J Med 1998 Sep 17; 339: 792-8

هدف الدراسة: إجراء مقارنة مباشرة بين الطرق المختلفة للعلاج الدوائي للحالة الصرعية العامة.

المجموعة المدروسة: أخذت عينة مؤلفة من 518 مريضاً لديهم حالة صرعية وبشكل عشوائي من عدة مراكز. كان لدى 74٪ منهم حالة صرعية صريحة (نوب واضحة متعددة بدون فترات شفاء بينها أو وجود نشاط اختلاحي مستمر لـ 10 دقائق على الأقل، أما 26٪ منهم فكان لديهم حالة صرعية خفيفة Subtle (غيبوبة مع نشاط اختلاحي على تخطيط الدماغ الكهربائي EEG)

طريقة الدراسة: قسم المرضى إلى 4 مجموعات وأعطوا تسريباً وريدياً كما يلي:

– المجموعة الأولى لورازيبام Lorazepam

– المجموعة الثانية فينوباربيتال Phenytoin

– المجموعة الثالثة فينيتوين Phenytoin

– المجموعة الرابعة ديازيبام + فينيتوين Phenytoin + Diazepam

اعتبر العلاج ناجحاً في حال إحداثه توقف الاختلاجات خلال 20 دقيقة من بدء إعطاء الدواء ودون نكس خلال الأربعين دقيقة التالية

النتائج: كانت نسب نجاح الأدوية في علاج النوب الصرعية كما يلي: 65٪ للورازيبام، 58٪ للفينوباربيتال، 44٪ للفينيتوين، 56٪ للفينيتوين مع الديازيبام. و يلاحظ بوضوح الفرق بين اللورازيبام و الفينيتوين.

وكانت نسب نجاح الأدوية في علاج النوب الصرعية الخفيفة متدنية: 18٪ للورازيبام، 24٪ للفينوباربيتال، 8٪ للفينيتوين، 8٪ للفينيتوين مع الديازيبام. لم تشاهد فروق واضحة بين المجموعات الأربعة فيما يتعلق بتكرار النوبة خلال الـ 12 ساعة التالية أو في حدوث تأثيرات معاكسة.

التعليق: يتفوق اللورازيبام على الفينيتوين في المعالجة الحادة للحالة الصرعية الصريحة ورغم أن اللورازيبام (في هذه الدراسة) ليس أكثر تأثيراً وبشكل واضح من الفينوباربيتال أو

قدمت الكلية الأميركية لأمراض الرثية ACR في عام 1990 معاييراً لمساعدة الباحثين في تصنيف التهابات الأوعية. هدف الدراسة: تقويم تصنيف ACR لالتهابات الأوعية المجموعة المدروسة: تضم 198 مريضاً بالغاً تم تقييمهم من قبل الأطباء الاختصاصيين بالرثية.

طريقة الدراسة: قسم المرضى إلى أربع مجموعات حسب المعايير الموضوعية في تشخيص التهاب الأوعية: حبيبوم واغنز Wagner، التهاب الشريان ذو الخلية العرطلة، التهاب الشرايين العقْد-العجري، التهاب الأوعية بفرط الحساسية

النتائج: بلغ عدد المرضى الذين شُخصت لديهم بشكل نهائي واحدة من أربع عشرة متلازمة التهاب أوعية مختلفة من قبل طبيب سريري مختص 51 مريضاً (26٪) أمكن وضع 38 منهم (75٪) ضمن مجموعة واحدة على الأقل من معايير الكلية الأميركية لأمراض الرثية ACR.

بلغ عدد المرضى الذين ليس لديهم التهاب أوعية 147 مريضاً، منهم 31 مريضاً (21٪) شخص لديهم التهاب أوعية ضمن معايير ACR.

كانت القيمة التنبؤية الإيجابية positive predictive value منخفضة (17-29٪) لأي من متلازمات التهابات الأوعية التعليق: كثيراً ما تستخدم معايير الكلية الأميركية لأمراض الرثية ACR من قبل الأطباء السريريين لتشخيص التهاب الأوعية، ولكن لم يكن هدف هذه المعايير خدمة هذا الغرض أبداً. حيث تؤكد هذه الدراسة على ضرورة حصر استخدامه من قبل مجموعات البحث فقط فالمعايير الموضوعية يجب أن تعدل بقدر ما يُعرف عن هذه المتلازمات المعقدة

عوامل انذارية في التهاب الأوعية الكاسر للكريات البيض

Prognostic Factors In Leukocytoclastic Vasculitis: A Clinicopathologic Study Of 160 Patients

Arch Dermatol 1998 Mar; 134(3): 309-15

المجموعة المدروسة: تمت دراسة 160 مريضاً مصاباً بالتهاب الأوعية الكاسر للكريات البيض بطرق سريرية وبالتشريح المرضي، وتمت متابعة المرضى لمدة لا تقل عن 3 سنوات في مركز تحويل في برشلونة إسبانيا.

طريقة الدراسة: قسم المرضى إلى مجموعتين: مجموعة الإصابة الجلدية الجهازية الوعائية، ومجموعة الإصابة الجلدية الحادة والمزمنة.

النتائج: تبين أن اضطراب الحس والحرارة وغياب الآفات



مركب الديازيبام مع الفينيتوين لكن يفضل عادة اللورازيبام لأنه يحتاج لوقت أقل لإعطائه.

■ أمراض عظمية ومفصلية

النشاط الفيزيائي و حدوث الكسور العظمية بسبب ترقق العظام في النساء المسنات

Physical Activity And Osteoporotic Fracture Risk In Older Women

Ann Intern Med 1998 July; 129: 81-88

هدف الدراسة: تحديد فيما إذا كانت زيادة النشاط الفيزيائي لدى النساء تخفف من حدوث كسور الحوض والرسغ وال فقرات. مكان الدراسة: أربعة مراكز طبية في الولايات المتحدة. المجموعة المدروسة: درست 9704 نساء تجاوزت أعمارهن 65 عاماً. تمت متابعة حوادث كسور الحوض والرسغ بوسطي 7.6 سنة، وكسور الفقرات بوسطي 3.7 سنة. النتيجة: إن ممارسة الرياضة والأعمال المنزلية وانخفاض عدد ساعات الجلوس، ترافقت مع انخفاض واضح في نسبة حدوث كسور الحوض بلغ 36% وذلك في نساء لهن نفس العمر والنظام الغذائي والحالة الصحية ونسب حوادث السقوط. وقد تناسب انخفاض معدل الكسور طرداً مع شدة النشاط الفيزيائي، ولم يلاحظ مثل هذا الانخفاض في حدوث كسور الرسغ والفقرات.

الخلاصة: يؤدي النشاط الفيزيائي في النساء المسنات إلى انخفاض نسبة حدوث كسور الحوض ولا يؤثر على نسبة حدوث كسور الرسغ والفقرات.

الألندرونيت للوقاية من تخلخل العظام المحرض

بالستيروئيدات القشرية

Alendronate For The Prevention And Treatment Of Glucocorticoid - Induced Osteoporosis

N Engl J Med 1998 July 30; 339: 292 - 9

دوافع الدراسة: يعتبر تخلخل العظام اختلاطاً شائعاً للمعالجة الطويلة الأمد بالستيروئيدات القشرية وهو اختلاط لا توجد له معالجة وقائية أو ترميمية مثبتة بشكل جيد.

المجموعة المدروسة وطريقة الدراسة: أجريت دراستان بشكل عشوائي أستعمل فيهما الدواء الموهم شاهداً، واستمرت كل منهما فترة 48 أسبوعاً، وذلك لدراسة جرعتين من الألندرونيت

في 477 رجلاً وامراً، تراوحت أعمارهم بين 17 - 83 سنة، وكانوا يعالجون بالستيروئيدات القشرية. كانت نقطة النهاية الأولية هي الفرق في متوسط النسبة المئوية لتغير كثافة العمود القطني بين المجموعتين، انطلاقاً من خط البداية وحتى نهاية الأسابيع الـ 48. وتضمنت النتائج الثانوية تغيرات الكثافة العظمية في الورك، والعلامات الكيميائية الحيوية للاستقلاب العظمي، والإصابة بالكسور الفقرية الحديثة. النتائج: ارتفع متوسط الكثافة العظمية في العمود القطني بمقدار $0.3 \pm 2.1\%$ و $0.3 \pm 2.9\%$ في المجموعات التي تلقت 5 أو 10 ملغ من الألندرونيت في اليوم على الترتيب، وانخفض بمقدار $0.4 \pm 0.3\%$ في مجموعة الدواء الموهم. كما ازدادت كثافة عنق الفخذ بمقدار $1.2 \pm 0.4\%$ و $1.0 \pm 0.4\%$ في المجموعات المعالجة بالألندرونيت بالترتيب ذاته، ونقصت بما يعادل $1.2 \pm 0.4\%$ في مجموعة الدواء الموهم. هذا وقد ارتفعت أيضاً كثافة المدور Trochanter وكثافة كامل الجسم بشكل ملحوظ في المرضى المعالجين بالألندرونيت، كما انخفضت الكسور الفقرية الحديثة بشكل تناسبي في مجموعة الألندرونيت. ولم تكن هناك فروق خطيرة في الآثار الجانبية بين المجموعات الثلاث، إنما حدث فقط ارتفاع طفيف في المضاعفات الهضمية العلوية في المجموعة التي تلقت 10 ملغ من الألندرونيت. الخلاصة: يرفع الألندرونيت الكثافة العظمية في المرضى المعالجين بالستيروئيدات القشرية.

الألندرونيت يمنع فقد العظم التالي للأياس

في النساء غير المصابات بتخلخل العظام

Alendronate Prevents Postmenopausal Bone Loss In Women Without Osteoporosis A Double - Blind, Randomized, Controlled Trial.

Ann Intern Med 1998 Feb. 15; 128(4): 253-61

دوافع الدراسة: إن منع فقد العظم المرافق للأياس والتقدم في العمر والمحافظة على تركيب مجهري طبيعي للعظام يساعد على منع الكسور المترافقة بتخلخل العظام.

هدف الدراسة: تقرير سلامة وفعالية الألندرونيت (أمينوبي فوسفونات) في منع فقد العظم التالي للأياس.

المجموعة المدروسة وطريقة الدراسة: جرت دراسة عشوائية مضبوطة بالدواء الموهم ولمدة 3 سنوات في 15 مركز لتخلخل العظام عبر العالم شارك فيها 447 امرأة حدث لديهن الأياس خلال 36 شهراً قبل بدء الدراسة، وقد وزعت النساء عشوائياً في



عن طريق نظام غذائي أو إضافة دوائية ومقارنتهم مع مرضى يطبق عليهم الاستروجين أو الكالسييتونين لوحده. النتائج: بعد تحليل 31 تجربة نشرت لاستعمال الاستروجين، 20 منها عدلت الحمية عندهم، أو أضيف الكلس إلى الحمية (بمجموع 1183 ملغ / يوم) و 11 تجربة بدون تعديل للحمية (بمجموع 563 ملغ / يوم). كان وسطي زيادة الكتلة العظمية في العمود القطني باستعمال الاستروجين وحيداً (1.3 / سنة) مقارنة مع 3.3 % / سنة عند مشاركته بالكالسيوم. أما بمستوى عنق الفخذ فكانت الزيادة الوسطية باستعمال الاستروجين لوحده 0.9 % / سنة مقارنة مع 2.4 % / سنة عند مشاركته بالكالس، كما زادت كتلة العظم بمقدمة الساعد 0.4 % / سنة عند استعمال الاستروجين لوحده، مقارنة مع 2.1 % / سنة عند إضافة الكلس. وجدت نتائج مشابهة عند قياس وسطي الوزن في 7 تجارب منشورة، قيم فيها تأثير 200 وحدة كالسييتونين سلامون أعطي بالطريق الأنفي، في ستة منها استعمل الكلس (بمجموع = 1466 ملغ / يوم) في حين استعمل الكالسييتونين في تجربة واحدة منشورة (بمجموع 627 ملغ / يوم). لوحظت زيادة بكتلة العظم في الفقرات بنسبة 2.1 % عند إضافة الكلس للكالسييتونين مقارنة مع 0.2 % / سنة عند إعطاء الكالسييتونين لوحده.

الخلاصة: تشير نتائج التجارب إلى أن الوارد الكلسي العالي له تأثير مقوى للتأثيرات الإيجابية للاستروجين على مستوى الكتلة العظمية بكل المواضع، وربما يقوي فعالية الكالسييتونين بمستوى الكتلة العظمية في الفقرات.

■ جراحة

الجراحة في فرط نشاط جارات الدرق البدئي

(١٩٦٢ - ١٩٩٦) : الاستطابات والنتائج

Surgery For Primary Hyperparathyroidism
1962 - 1996 : Indications And Outcomes

Med J Aust 1998 Feb 16; 168 (4): 153 - 6

هدف الدراسة: دراسة تبدل الاستطابات والنتائج، خلال العقود الثلاثة الماضية لجراحة فرط نشاط جارات الدرق البدئي.

مكان الدراسة: مشفى شور نورث رويال الجامعي في سيدني - استراليا

المجموعة المدروسة: تتألف من 733 مريضاً أجري لهم

عدة مجموعات.

- المجموعة الأولى الدواء الموهم بطريق الفم.

- المجموعة الثانية الأندرونيت بطريق الفم، إما 1 ملغ أو 5 ملغ أو 10 ملغ.

- مجموعة تأخذ الأندرونيت بطريق الفم 20 ملغ باليوم لمدة سنتين تتبع بالدواء الموهم بالسنة الثالثة.

تم قياس الكثافة العظمية باستعمال جهاز الدكسا ودرس التقلب العظمي ونوعية العظم بعيار المشعرات الكيماوية الحيوية والدراسة النسيجية للعظم.

النتائج: الأندرونيت بمقادير 5، 10، 20 ملغ في اليوم يزيد الكثافة العظمية في العمود الفقري وعنق الفخذ ومنطقة المدور الكبير بنسبة 1% إلى 4%، كما يزيد قياس الكثافة الكلية بنسبة 0.3 - 1%، أما الدواء الموهم فقد أدى إلى فقد للعظم يتراوح بين 2-4% في الأماكن المذكورة. أما الأندرونيت 1 ملغ باليوم فقد أنقص فقد العظمي نسبة إلى مرضى الدواء الموهم. كما أن الأندرونيت أنقص مشعرات امتصاص العظم إلى حالة ثابتة جديدة خلال 3 أشهر وأنقص مشعرات بناء العظم خلال 6-12 شهراً وبقيت نوعية العظم سوية. كما لوحظ أن الأندرونيت في كل الجرعات المستعملة كان يشابه الدواء الموهم من ناحية سلامته وتحمله.

الخلاصة: إن إعطاء الأندرونيت لمدة 3 سنوات بجرعات تساوي أو تتجاوز 5 ملغ باليوم في المرحلة الباكرة التالية للأياس تمنع فقد العظم في العمود الفقري والورك والكثافة العظمية الكلية. ويبدو أن الأندرونيت خيار غير هرموني فعال وآمن في الوقاية من تخلخل العظام.

يقوي الكالسيوم تأثير الاستروجين والكالسييتونين

على الكتلة العظمية

Calcium Potentiates The Effect Of Estrogen And Calcitonin On Bone Mass : Review And Analysis

Am J Clin Nutr 1998 Jan; 67 (1): 18-24

هدف المقال: يستعرض المقال التجارب السريرية المنشورة لقياس الكتلة العظمية بموضع وحيد على الأقل، عند النساء بعد سن الأياس، لتقييم فيما إذا كانت إضافة الكلس تؤثر على فعالية كل من الاستروجين والكالسييتونين بمستوى الكتلة العظمية.

طريقة الدراسة: تمت مقارنة نتائج تطبيق الاستروجين فموي أو الكالسييتونين عبر الأنف، بمشاركة وارد كلسي إضافي يؤمن



الخلاصة: وإن إغلاق الانتقاب بالمشاركة مع مفاغرة -جانبية بين الدقاق و الكولون المعترض هو الإجراء الجراحي الأفضل في هذه الدراسة.

■ أطفال

فرط التنسج العقدي الدقائي، التهاب القولون اللانوعي،

و تراجع في التطور عند الأطفال

Ileal-Lymphoid-Nodular Hyperplasia,
Non-Specific Colitis,

And Pervasive Developmental Disorder In Children

Lancet 1998 Feb 28; 351 (9103): 637-41

دوافع الدراسة: تم استقصاء مجموعة متتابعة من الأطفال المصابين بالتهاب المعى و القولون المزمن المتشارك مع اضطراب تطور رجعي.

المجموعة المدروسة وطريقة الدراسة: تمت إحالة 12 طفلاً إلى وحدة الأمراض الهضمية عند الأطفال، وسطي أعمارهم 6 سنوات (3-11 سنة)، منهم 11 ذكراً ، بقصة تطور طبيعي تلاه فقدان للمهارات المكتسبة بما فيها اللغة، بالإضافة إلى إسهال وألم بطني. تم تقييم الأطفال من الناحية الهضمية والعصبية و التطورية بالإضافة إلى مراجعة لسجل تطور هؤلاء الأطفال. أجري لهم، بعد التريكين Sedation، بزل قطني وتخطيط دماغ كهربائي وتصوير بالرنين المغناطيسي وتنظير للقولون و الدقاق مع أخذ خزعات، كما تم فحصهم من الناحية الكيميائية الحيوية والدموية والمناعية.

النتائج: تشارك بدء الاضطرابات التطورية حسب مقولة الأهل مع إعطاء لقاح الحصبة الألمانية و الحصبة و النكاف عند 9 من أصل 12 طفلاً، و مع الخمج بالحصبة عند طفل واحد، و مع الإصابة بالتهاب أذن وسطي عند طفل آخر. شوهد عند كل هؤلاء الأطفال لاضطرابات معوية تراوحت من فرط تصنع عقيدي لمفاوي إلى قرحات قلاعية. أظهر الفحص النسيجي وجود التهاب قولوني مزمن بقعي عند 11 طفل و فرط تصنع عقيدي لمفاوي عند 7 أطفال، لكن لم يشاهد حبيبومات عند أي منهم .

شملت الاضطرابات التطورية الانطواء على الذات Autism

(9 أطفال)، ذهان التلاشي Disintegrative Psychosis (طفل واحد)، و احتمال التهاب دماغ تالي للإصابة الفيروسية أو تالي للقاح (طفلان). لم تظهر علامات لإصابة عصبية موضعة، كما كان التصوير بالرنين المغناطيسي وتخطيط الدماغ

استقصاء عنق من أجل فرط نشاط جارات الدرق البدئي بين كانون الثاني 1962 وكانون الأول 1996.

النتائج: لوحظ ارتفاع عدد عمليات استئصال جارات الدرق السنوي بشكل أسي، من عمليتين وسطياً بين 1962 و 1969 إلى 73 عملية في عام 1996. كان الاستطباب الأكثر شيوعاً للجراحة في الستينات والسبعينات هو وجود حصيات كلسية كلوية (58% و 43% بالترتيب)، ولكن في الثمانينات ازداد كشف المرض بشكل ملحوظ بسبب إجراء المسح الكيميائي الحيوي ، في الحالات اللاعرضية (19%)، في التسعينات أصبح نقص الكثافة المعدنية للعظم الذي يكشف بمقياس الكثافة العظمية هو الاستطباب الأكثر شيوعاً للجراحة (31%). بقي لدى 11 مريض (2%) فرط كلس الدم بعد الجراحة الأولية، شفي 5 منهم بالتدخل الثاني مع نسبة فشل عامة (1%).

الخلاصة: أصبحت جراحة فرط نشاط جارات الدرق شائعة باضطراب وحل نقص الكثافة العظمية كاستطباب شائع للجراحة بدلاً من الحصيات الكلوية، وقد بلغت نسبة الشفاء باستقصاء العنق باليد الخبيرة 99%.

تقييم أفضل الاجراءات الجراحية في

الانتقاب التيفي : خبرة 60 حالة

Evaluation Of Best Surgical Procedures In

Typhoid Perforation : An Experience Of 60 Cases

Trop Doct 1998 Jan; 28(1):16-8

المجموعة المدروسة وطريقة الدراسة: أجريت مرجعة لنتائج معالجة 60 حالة انتقاب تيفي خلال فترة 4.5 سنة. أجري فقط إغلاق للانتقاب في 28 حالة (46.7%)، و إغلاق الانتقاب بالمشاركة مع مفاغرة -جانبية بين الدقاق و الكولون المعترض في 32 حالة (53.4%).

النتائج: كان الناسور البرازي أكثر المضاعفات التالية للعمل الجراحي شدة عند المرضى الذين أجري لهم إغلاق للانتقاب فقط، وأدى إلى الوفاة عند كل المرضى الذين حدث لديهم مؤدياً إلى نسبة وفيات قدرت بـ 25%.

لم يشاهد أية حالة ناسور برازي عند المرضى الذين عولجوا بإغلاق الانتقاب بالإضافة إلى المفاغرة مما أدى إلى نسبة وفيات أقل، قدرت بـ 6.2%.

كانت النسبة الإجمالية للوفيات في هذه المجموعة 15%. بالإضافة إلى الانسداد الدموي، كان الفشل الجراحي هو العامل الأساسي المشارك في نسبة الوفيات العالية المشاهدة.



بالجراحة هي 0.07% من المرضى العاديين، 0.8% من المرضى الذين لديهم إصابة عصبية أعيد الإجراء الجراحي في 3.6% من المرضى العاديين، و 11.8% من المرضى الذين لديهم إصابة عصبية. النتائج والاختلاطات كانت متشابهة في المشافي ولم يكن لها علاقة بنوع العمل الجراحي .

الخلاصة: نتائج المعالجة الجراحية ممتازة وهي شفاء في 94% الوفيات قليلة جداً في عملية إجراء ثنيات معدية مريئية بقاع المعدة حول المري مع أو بدون إجراء عملية إفراغ للمعدة ، وهذه النتائج مأخوذة من دراسة نتائج عدة مشافي كبيرة ، وينصح بإجراء العمل الجراحي باكراً في القلس المعدي المريئي للأطفال الطبيعيين عصبياً وكذلك لتسهيل التغذية والعناية الجيدة في المرضى المتخلفين عقلياً أو عصبياً .

إجراء تفجير عبر الجلد لكثرة بانكرياس متخثرة في التهاب البانكرياس الحاد

مع الاستعانة بالتصوير الطبقي المحوري : التقنية والنتائج Percutaneous CT - Guided Catheter Drainage Of Infected Acute Necrotizing Pancreatitis: Techniques And Results

AJR Am J Roentgenol 1998 Apr; 170(4): 969 - 75

هدف الدراسة : تقويم سلامة وكفاية وضع قثطرة للتفجير عبر الجلد لتفجير التهاب بانكرياس متخثر حاد مخموج المجموعة المدروسة : أجريت الدراسة على 34 مريض مصاب بالتهاب بانكرياس نخري حاد مترافق بخمج مشخص بالتصوير الطبقي المحوري ، وذلك بواسطة وضع قثاطر عبر الجلد. كانت درجة التخر أقل من 30% من البانكرياس في 10 من الحالات ، 30 - 50% في 10 حالات ، أكثر من 50% في 14 حالة . في 14 مريض كان التخر مركزياً . 18 مريضاً بحالة عامة سيئة مع قصور متعدد الأعضاء .

النتائج: حدث شفاء لدى 16 مريضاً (47%) بوضع قثطرة فقط، منهم 4 مرضى كان لديهم تنخر مركزي ، و 12 مريضاً كان لديهم تنخر في جسم وذيل البانكرياس ، و تمت السيطرة على الخمج بدلائل هبوط الحرارة وعودة تعداد الكريات البيض إلى الطبيعي .

أجريت عملية بانكرياس انتقائية في تسعة مرضى آخرين للسيطرة على ناسور قناة البانكرياس . لم يحدث تحسن سريري في ثمانية مرضى منهم وأجريت عملية تنضير جراحي للبانكرياس .

الكهربائي طبيعياً عند كل الأطفال. شملت الاضطرابات المخبرية وجود ارتفاع ملحوظ في حمض الميتيل مالونيك البولي بالمقارنة مع مجموعة شاهد لها نفس فئة العمر، و انخفاض الهيموغلوبين عند 4 أطفال ، وانخفاض في الغلوبولين المناعي A المصلي عند 4 أطفال.

الخلاصة: تم التعرف على تشارك بين أمراض هضمية و تراجع في التطور عند مجموعة من الأطفال كانوا طبيعيين في السابق ، وقد كان لهذا التراجع بشكل عام علاقة بعوامل بيئية محرضة حدثت سابقاً.

المعالجة الجراحية للقلس المعدي المري عند الأطفال دراسة 7467 طفل مصاب

Surgical Treatment Of Gastroesophageal Reflux In Children:A Combined Hospital Study Of 7467 Patients
Pediatrics 1998 Mar; 101 (3 pt 1): 419 - 22

المجموعة المدروسة: تتضمن الدراسة 7467 طفلاً أعمارهم تحت 18 سنة أجريت لهم معالجة جراحية لأصابتهم بالقلس المعدي المريئي العرضي وذلك خلال عشرين عاماً منهم 6% كانوا طبيعيين من الناحية العصبية، و 44% لديهم إصابة عصبية. مكان الدراسة: سبعة مشافي في الولايات المتحدة الأميركية طريقة الدراسة: تم التشخيص في 68% مريضاً بالتصوير الشعاعي الظليل للقسم العلوي من جهاز الهضم، 54% مريضاً بقياس الحموضة، 32% مريضاً بدراسة إفراغ المعدة ، 25% مريضاً بتنظير المري. عمر الأطفال عند العمل الجراحي كان تحت 12 شهراً في 40% من الحالات ، من 1-10 سنوات في 48% من الحالات. يتم إحداث ثنيات قاع المعدة بعملية نيسن Nissen في 64% من الحالات، بعملية تال Thal في 34% من الحالات وبعملية توبيت Toubet في 1.5% من الحالات. أجريت عملية إفراغ المعدة في 11.5% في المرضى الطبيعيين عصبياً وفي 40% من المرضى المصابين من الناحية العصبية. أجريت الجراحة بالتنظير في 2.6% من المرضى.

النتائج: جيدة إلى ممتازة في 95% من المرضى الطبيعيين عصبياً ونسبة 84% من المرضى الذين لديهم إصابة عصبية . لا كانت نسبة الاختلاطات المهمة 4.2% في المرضى الطبيعيين عصبياً ، 12.8% في المرضى الذين لديهم إصابة عصبية . أكثر الاختلاطات مشاهدة هي عودة القلس المعدي المريئي بسبب تمزق الخياطة في 7.1%، مشاكل تنفسية في 4.4%، النفخة الغازية 3.6% ، انسداد أمعاء 2.6% . وكانت نسبة الوفيات



عامل خطورة للإسقاط المتكرر

Factor V Leiden Mutation

As a Risk Factor for Recurrent Pregnancy Loss

Ann Internal Med 1998; 128:1000-1003

دوافع البحث: قد يكون الإسقاط المتكرر ناجماً عن زيادة قابلية التخثر

هدف البحث: تحديد ما إذا كانت النساء الحوامل لطفرة العامل الخامس أكثر عرضة للإسقاط المتكرر. تسبب هذه الطفرة اضطراباً شائعاً وراثياً لقابلية التخثر.

مكان الدراسة: عدة مشافي جامعية في الولايات المتحدة الأمريكية

المجموعة المدروسة: 113 امرأة تعرضت لإسقاط متكرر عفوي، 437 امرأة بعد سن الأياس، لديها حمل واحد ناجح على الأقل و دون أية قصة إجهاض (مجموعة شاهد). إضافة إلى 387 امرأة بعد سن الأياس، لديها قصة إجهاض واحد على الأقل.

طريقة الدراسة: حددت طفرة العامل الخامس Leiden بتحري مقاومة البروتين C المفعول باختبار الناخل من الجيل الثاني، مع التأكيد بالدراسة المورثية للحالات الحدية، أو ذات النتائج المنخفضة.

النتائج: كانت طفرة العامل الخامس Leiden موجودة بنسبة أكبر لدى المصابات بالاجهاض المتكرر 8%، بينما كانت بنسبة 3.7% لدى النساء الأخريات، وبلغت النسبة 9% لدى النساء المصابات بأكثر من 3 حالات إجهاض وبدون الوصول إلى حمل كامل ناجح، مما يدل على أنه في حالات الإجهاض المتكرر يكون احتمال وجود طفرة العامل الخامس أكثر بـ 2.2 مرة.

الخلاصة: طفرة العامل الخامس Leiden قد تلعب دوراً في حالات الإجهاض المتكرر غير المفسر.

طب عيون

استعمال الأسيكلوفير في وقاية العين من الداء الحلثي

البسيط الناكس

Acyclovir For The Prevention Of Recurrent Herpes Simplex Virus

N Engl J Med 1998; 339: 300-6

دوافع الدراسة: تم إظهار قدرة المعالجة طويلة الأمد بالأدوية المضادة للفيروسات على الوقاية من نكس الداء الحلثي البسيط،

توفي أربعة مرضى (12%) بسبب فشل متعدد الأعضاء الخلاصة: تفجير كتل البانكرياس بواسطة القثطرة عبر الجلد سليم وفعال لمعالجة التهاب البنكرياس النخري الخمجي حيث تمت السيطرة على الانتان في 74% من المرضى، مما سمح بإجراء مداخلة انتقائية لاحقة للسيطرة على ناسور البنكرياس. وكانت نسبة الشفاء 47% دون الحاجة للجراحة. ولم تلاحظ أية اختلاطات للقثطرة.

■ أمراض نساء ولادة

الانثقاق المبكر لأغشية الجنين في الأسبوع 34-37 للحمل:

المقارنة بين العلاج المحافظ و تحريض الولادة

Premature Rupture Of Membranes

At 34 To 37 Weeks' Gestation: Aggressive Versus Conservative Management.

Am J Obstet Gynecol 1998;178:126-30

هدف الدراسة: المقارنة بين المعالجة المحافظة و تحريض الولادة بالاكسيتوسين Oxytocin في حال انثقاق أغشية الجنين المبكر.

المجموعة المدروسة: 120 حالة حمل في الأسبوع 34-37، حيث تم التحريض بالاكسيتوسين في 57 حالة، و ضمت مجموعة الشاهد 63 حالة.

النتائج: لم تشاهد فوارق في مدة الحمل ووزن الجنين (مقدراً بالأموح فوق الصوتية) بين المجموعتين. كانت نسبة حدوث الالتهاب المشيمي السلائي أكبر في الحالات التي عولجت معالجة محافظة (16%) بينما كانت النسبة (2%) في الحالات التي عولجت بتحريض الولادة.

مدة المكوث في المشفى كانت أطول في حال المعالجة المحافظة 5.2 يوماً وسطياً، بينما بلغت 2.6 يوماً وسطياً في حال المعالجة بتحريض الولادة.

احتمال الانتان الوريدي أكبر في حال المعالجة المحافظة فقد حدث في ثلاث حالات منها بينما لم تشاهد أية حالة انتان في تحريض الولادة.

الخلاصة: إن تحريض الولادة في حال انثقاق أغشية الجنين المبكر (؟ 34 أسبوعاً للحمل) هو طريقة آمنة للأم و الجنين تجنب الاختلاطات الخمجية.

طفرة العامل الخامس Leiden



Objective قادراً على التنبؤ بالتحسن الشخصي فيها
Subjective Improvement بعد العمل الجراحي
 المجموعة المدروسة : 187 مريضاً خضعوا للجراحة بسبب .
 ERM , RRW , CRD
 مكان الدراسة : Bascom Palmer Eye Institute
 طريقة الدراسة والنتائج : أمكن الاتصال والحصول على المعلومات اللازمة من 146 مريضاً (78.1%). وعبر 90 مريضاً (61.6%) عن تحسن وضعهم بعد العمل الجراحي في فعاليتين من الفعاليات الخمسة المدروسة . ووجد 21 مريضاً (14.4%) أن القدرة البصرية لديهم بعد العمل الجراحي كانت أسوأ مما توقعوا واعتقد 5 مرضى فقط (3.4%) أن العمل الجراحي لم يكن ضرورياً. اعتبر 143 مريضاً (97.9%) أن الشرح المقدم إليهم حول العمل الجراحي والنتائج المتوقعة كانت كافية . لقد كان المرضى ذو القدرة البصرية قبل العمل الجراحي المتراوحة بين 0.5 و 0.1 هم الأكثر قابلية للتحسن في فعاليتين أو أكثر ولم يكن نوع التشخيص مفيداً للتنبؤ بدرجة تحسن الوضع الوظيفي للمريض ودرجة رضى المريض
 الخلاصة : هناك نسبة عالية من المرضى الراضيين عن نتائج العمل الجراحي وتحسن الحالة الوظيفية بعد الجراحة من أجل ERM و RRD و CRD حتى عند المرضى الذين لديهم قدرة بصرية جيدة في العين الثانية .

التعرض لأشعة الشمس و زيادة خطر حدوث الساد

Sunlight Exposure Increases Cataract Risk

JAMA 1998 Aug 26; 280 : 714-80

دوافع الدراسة: الساد هو السبب الرئيس لفقدان البصر ، وإن التعرض للأشعة فوق البنفسجية هو السبب الوحيد المثبت في مجموعات مهنية عالية الخطورة ، و على الرغم من ذلك فإنه من غير المؤكد أهمية ضوء الشمس في تطور الساد عند السكان هدف الدراسة: تقويم العلاقة بين العتبات (الكثافة) البلورية الموثقة بالتصوير الضوئي والتعرض لأشعة الشمس .
 المجموعة المدروسة: تناولت الدراسة 2520 شخصاً مسناً منهم 26% من السود و 58% من الإناث .

مكان الدراسة : Maryland و Salisbury

طريقة الدراسة: اعتمد تقويم التعرض لضوء الشمس على معادلة تحسب زمن البقاء في الهواء الطلق في كل شهر من السنة مع استخدام القبعات والنظارات الشمسية .
 النتائج: كانت هنالك علاقة تطابقية بين مقدار التعرض للشمس

التناسلي منه و الفموي - الوجهي . و لكن لم تثبت قدرة هذه المعالجة الوقائية على منع نكس الداء الحلئي البسيط العيني طريقة الدراسة: تم اختيار 703 مرضى ذوي مناعة طبيعية، أصيبوا بالحلاً البسيط العيني خلال العام المنصرم ، و قد تم توزيعهم بشكل عشوائي لتلقي إما 400 ملغ من الأسيكلوفير أو دواءً موهماً ، بالطريق الفموي مرتين يومياً. لقد حددت الدراسة معدلات تطور الداء الحلئي البسيط ، العيني و غير العيني، خلال فترة المعالجة التي امتدت 12 شهراً مع فترة المراقبة البالغة 6 أشهر.

النتائج: كانت الاحتمالية التراكمية Cumulative Probability لنكس أي نمط من أنماط الداء الحلئي العيني طوال فترة المعالجة البالغة 12 شهراً هي 19% في مجموعة الأسيكلوفير و 32% في مجموعة الدواء الموهم. كانت الاحتمالية التراكمية لنكس التهاب القرنية السدوي (الخلائي) Stromal Keratitis وهو الاختلاط الخطر الأكثر شيوعاً للداء الحلئي العيني ، عند الـ 337 مريضاً الذين تعرضوا له في السابق هي 14% في مجموعة الأسيكلوفير و 28% في مجموعة الدواء الموهم . و فيما يتعلق بنكس الداء الحلئي غير العيني (الفموي الوجهي بشكل رئيس) كانت الاحتمالية التراكمية أخفض في مجموعة الأسيكلوفير منها في مجموعة الدواء الموهم 19% مقابل 36%. ولم يحدث أي نكس في معدلات الإصابة بالداء الحلئي البسيط في الأشهر الستة التي تلت إيقاف المعالجة بالأسيكلوفير.

الخلاصة: تنقص المعالجة بالأسيكلوفير لمدة 12 شهراً بعد الشفاء من الداء الحلئي العيني ، معدلات نكس الداء الحلئي البسيط ، سواء العيني أو الفموي - الوجهي . و تبلغ المعالجة الوقائية طويلة الأمد أهميتها الكبرى عند الذين أصيبوا سابقاً بالتهاب القرنية السدوي الحلئي حيث تؤدي إلى الوقاية من نوبات جديدة و بالتالي من فقد الرؤية المحتمل الحدوث عندهم.

نتائج جراحة الشبكية والزجاجي

Vitreoretinal Surgery Outcomes

Ophthalmology V 105 N5 May 1998; P. 795 - 803

هدف الدراسة : تقييم ارتياح المرضى والتبديل في وضعهم الوظيفي بعد عمل جراحي لعلاج الأغشية أمام الشبكية (ERM) Epiretinal Membrane ، وانفصال الشبكية البدئي (RRD) Rhegmatogenous Retinal Detachment ، وانفصال الشبكية المختلط (CRD) Complex Retinal Detachment ، وكذلك إلى تحديد ما إذا كان قياس القدرة البصرية الموضوعي



بعلاج حراري إضافي. وبعد العلاج بقيت القدرة البصرية نفسها أو تحسنت في 58 عيناً (58%) وساءت في 42 عيناً (42%) . وكانت الأسباب الرئيسية لتراجع القدرة البصرية هي العلاج عبر النقيرة Foveola في الأورام المتوضعة تحت الحفيرة المركزية Subfoveal tumor (25 عيناً) ، والشد الشبكي (10 عيون) ، وانسداد الأوعية الشبكية (5 عيون) ، وذمة حليلة العصب البصري (عين واحدة) ، ونقص تروية عيني غير ناجم عن العلاج (عين واحدة) . وبشكل التوضع الصدغي والبعد الأكبر عن حليلة العصب البصري عوامل خطيرة للشد الشبكي .

الخلاصة: يمكن للعلاج الحراري عبر الحدة أن يكون فعالاً في علاج الميلانومات المشيمية الخلفية الصغيرة وخاصة تلك القريبة من حليلة العصب البصري والحفيرة المركزية Fovea وعلى الرغم من السيطرة الناجمة عن الورم إلا أنه يمكن أن تحدث تأثيرات عينية جانبية تؤدي لتدني القدرة البصرية ، ومن الضروري وجود فترة مراقبة أطول لتقويم أثر العلاج الحراري في السيطرة العظمى على الورم وانتقالاته .

الأورام التالية غير العينية عند المرضى الناجين من ورم أرومة الشبكية (ريتينوبلاستوما) ثنائية الجانب .

Second Non-Ocular Tumors In Survivals Of Bilateral Retinoblastoma. A Possible Age Effect On Radiation - Related Risk

Ophthalmology V 1 105 N4 April, 1998 ; P. 573-580

هدف الدراسة: تحري العلاقة بين نسبة حدوث الأورام خارج العينية والعمر الذي طبق فيه العلاج الشعاعي من الخارج External beam irradiation عند المرضى الناجين من إصابة ثنائية الجانب بالريتينوبلاستوما .

مكان الدراسة: نيويورك - الولايات المتحدة الأمريكية
المجموعة المدروسة: تضمنت هذه الدراسة 1506 مريضاً تم علاجهم في نيويورك ، 816 منهم كان لديهم ريتينوبلاستوما ثنائية الجانب وتوفرت معلومات كافية عن علاجهم وبقوا على قيد الحياة سنة واحدة على الأقل بعد وضع التشخيص .

النتائج: لوحظ ارتفاع نسبة حدوث الأورام عند المرضى الذين طبق عليهم العلاج الشعاعي بعمر مبكر (قبل عمر سنة) ، نسبة للمرضى الذين عولجوا شعاعياً بعمر متأخر ، ولم يلاحظ فرق في نسبة حدوث هذه الأورام بين المرضى غير المعالجين والمعالجين شعاعياً بعمر متأخر . ولم تلاحظ فروق هامة في

و حدوث العتقات البلورية عند الرجال والنساء وفي البيض و السود على السواء .

الخلاصة: إن التعرض المتزايد لضوء الشمس هو عامل خطيرة لحدوث عتمة البلورة .

تعليق: تشير هذه المعطيات أنه ربما يكون التعرض لضوء الشمس سبباً لتشكيل الساد في مختلف العروق وفي الجنسين ، كما تؤكد على ضرورة استخدام وسائل حماية العين مثل القبعات والنظارات الشمسية .

■ أورام

العلاج الحراري عبر الحدة للميلانوما المشيمية

Transpupillary Thermotherapy For Choroidal Melanoma

Ophthalmology V 1 105 N4 April 1998 P. 581-590

هدف الدراسة: تقويم نتائج العلاج البدئي الحراري عبر الحدة للميلانوما المشيمية

المجموعة المدروسة: 100 مريض مصاب بميلانوما المشيمية ومعالج حرارياً عبر الحدة .

طريقة الدراسة والنتائج: كان القطر الوسطي لقاعدة الورم 7.1 ملم والسماكة الوسطية 2.8 ملم ، وكانت حافة الورم على تماس مع حليلة العصب البصري في 34 عيناً (34%) وإلى الأسفل من الحفيرة المركزية في 42 عيناً (42%) ، ولوحظ ازدياد حجم الورم في 64 عيناً (64%) ، ووجدت عوامل خطيرة سريرية لنمو الورم في العيون الـ 36 الباقية (36%) مع وجود 4 - 5 عوامل خطيرة للنمو لكل ورم . وبعد إجراء 3 جلسات علاجية وسيطاً ومراقبة 14 شهراً نقصت سماكة الورم وسيطاً بمعدل 1.4 ملم . وكان العلاج ناجحاً في 94 عيناً (94%) وفاشلاً في 6 عيون (6%) . ولم يظهر عند 3 مرضى مصابين بميلانوما غير مصطبغة

استجابة للعلاج الحراري في البدء ، إلا أن حقن مادة Indocyanine green وريدياً فيما بعد أثناء تطبيق العلاج الحراري حسن امتصاص الحرارة من قبل الورم مما أدى لتراجع وتحوله لنديه مسطحة .

أما العيون التي فشل فيها العلاج الحراري (6 عيون) كان منها 4 عيون تراجع فيها الورم جزئياً أو لم يتراجع مطلقاً بعد العلاج الحراري ، الأمر الذي تطلب متابعة العلاج بتطبيق الصفائح المشعة فوق مكان الورم أو باستئصال العين ، بينما حدث نكس في العينين الباقيتين تم التغلب عليه من جديد



تدل هذه النتائج على امكان تطوير معالجة كيميائية تستهدف انتقائيا مستقبلات في السرير الوعائي الورمي.

مثبط التسرطن P33ING1 يتشارك مع P53

في مراقبة النمو الخلوي

The Candidate Tumor Suppressor P33ING1 Cooperates With P53 In Cell Growth Control

Nature 1998 Jan 15; 391(6664) : 295-8

تؤدي المورثة المثبطة للتسرطن ING1 إلى نسخ بروتين نووي هو P33ING1 يثبط انتاجه الزائد النمو الخلوي لمختلف السلالات الخلوية، ويعتقد أنه يشترك في التنظيم السليبي للتكاثر الخلوي وفي الرقابة على شيخوخة الخلايا، وثباتها في الموضع، و على الموت الخلوي المبرمج. تخضع هذه الأفعال بشكل واسع لنشاط مثبط التسرطن P53 الذي يقرر استجابة الخلايا لمختلف أنواع الشدة.

يثبت هذا البحث العلاقة الوثيقة بين عملي المورثتين P53 و ING1 حيث أن وجودهما معا ضروري لكبح التكاثر الخلوي و احدهما قاصرة عن هذا العمل لوحدها.

قد أثبت التشارك بين بروتيني المورثتين بالتثبيط المناعي، و يقوم البروتين P33ING1 بتنظيم فعالية نسخ الحموض النووية المعتمدة على P53

تأثير دخان التبغ على مورثات الساييتوكروم (Cyp2e, Cyp3a)

(Cyp1a, Cyp2b) في كبد و رئة الفئران :

علاقة مع تآذي سلسلة الدنا

Effects Of Tobacco Smoke On The Gene Expression Of The Cyp1a, Cyp2b, Cyp2e, And Cyp3a Subfamilies In Mouse Liver And Lung:

Relation To Single Strand Breaks Of DNA

Toxicol Appl Pharmacol 1998 Feb; 148 (2): 195-204

دوافع الدراسة: يعتبر تدخين السجائر مشكلة صحية واسعة الانتشار وهو عامل خطورة هام لسرطان الرئة حيث يحوي مواد عديدة محرصة أو مثبطة للساييتوكروم P450 Cytochromes ان الساييتوكروم الكبدي و خارج الكبدي يقوم بتفعيل مواد مؤهبة للتسرطن، ويشارك في احداث سرطان الرئة. هدف الدراسة: تحري تأثير دخان السجائر على الساييتوكروم P 450 في الكبد و الرئة، واحتمال احداث أذيات في الدنا

المجموعة المدروسة: ذكور الفئران NMRI

النتائج: ان نظائر الانزيم للساييتوكروم P450 المتهمه في عملية

نسبة حدوث الأورام خارج حقل العلاج الشعاعي بين المرضى المعالجين وغير المعالجين شعاعياً. وكانت الفروق الناجمة عن العلاج الشعاعي ملاحظة فقط بالنسبة لأورام الجمجمة وعظام الوجه أورام النسيج الرخو للرأس.

الخلاصة: إن التأثير بعيد المدى للعلاج الشعاعي قد ظهر عند المرضى الناجين من إصابة ثنائية الجانب بالريتينيوبلاستوما في زيادة نسبة حدوث الأورام التالية في حقل العلاج الشعاعي. لم تلاحظ زيادة نسبة الخطورة في حدوث الأورام خارج حقل العلاج الشعاعي بين المرضى المعالجين شعاعياً، ولوحظ أن نسبة الخطورة في حدوث الأورام في حقل العلاج الشعاعي تعتمد على العمر الذي طبق فيه العلاج الشعاعي حيث تنخفض كثيراً عند تطبيق الأشعة بعد عمر 12 شهراً.

أسس المعالجة الجينية للنمو الوعائي للأورام

Gene Therapy Strategies For Tumor Antiangiogenesis

J Natl Cancer Inst 1998 Feb 18; 90(4) : 273- 86

تعتمد هذه المعالجة على حاجة الأورام الصلبة للنمو بوجود لحمية وعائية مرافقة. و يمكن الاستفادة من ذلك لتثبيط النمو الورمي.

يلخص البحث استخدام النقل المورثي لتأمين تركيز عالٍ من البروتينات المضادة للنمو الوعائي ضمن عضوما، بحيث يكون هذا التركيز مستقرًا، موضعًا و موجهًا فقط للأعضاء الحاوية على الورم بأقل ما يمكن من السمية الجهازية.

قد تفيد هذه الطريقة خاصة في تثبيط النمو الوعائي في مواقع الانتقالات الورمية المجهرية.

معالجة السرطان باستهداف السرير الوعائي للورم في

الفئران

Cancer Treatment By Targeted Drug Delivery To Tumor Vasculature In A Mouse Model

Science 1998 Jan 16; 279 (5349) : 377-80

لقد أمكن الحصول على ببتيدات تستهدف السرير الوعائي الورمي، ولقد وجد أن اثنتين من هذه الببتيدات عندما تتحدان مع دوكسوروبيسين Doxorubicin الدواء المضاد للسرطان، تزداد فعاليتها في معالجة سرطان الثدي في الفئران الفاقدي المناعة، كما انهما تخففا من سميته.

أحد هذه الببتيدات تحوي جزيء Arg-Gly-Asp يتحد مع Integrin و الآخر يحوي جزيء Asn-Gly-Ary



للمفاوية الإنسانية، والانتروفرون المركب بالهندسة الوراثية وذلك لمدة 6 أشهر. دل على الاستجابة المستمرة للعلاج بقاء مستوى الالانين امينوترانسفيراز طبيعياً خلال العلاج وفي فترة المتابعة، و دل على النكس بقاء مستوى الأنزيم طبيعياً خلال العلاج ، و ارتفاعه بعد إيقاف المعالجة. أما عدم الاستجابة للعلاج فدل عليه وجود مستوى غير طبيعي للأنزيم.

النتائج: تمت متابعة المرضى لحوالي 47 شهراً ، فوجد حدوث سرطانة الخلية الكبدية لدى 28 مريضاً معالجا بالانتروفرون و 19 مريضاً من المجموعة غير المعالجة.

الخلاصة: لوحظ انخفاض في نسبة حدوث سرطانة الخلية الكبدية في المرضى الذين لديهم استجابة مستمرة للمعالجة بالانتروفرون ، مقارنة مع المرضى غير المعالجين و كذلك مع المرضى الذين لم يستجيبوا للعلاج.

واسمة جديدة ممكنة لسرطان المبيض

A Potential New Marker For Ovarian Cancer

JAMA 1998 Aug 26; 280 : 719-23 , 739

دوافع الدراسة: ترتفع نسبة الوفيات بين النساء المصابات بسرطان المبيض مقارنة مع اللواتي لديهن خباثات نسائية أخرى وذلك بسبب فشل التشخيص المبكر للمرض هدف الدراسة: بحثت هذه الدراسة الأولية إمكانية اعتبار مستوى حمض الليزوفوسفاتيديك Lysophosphatidic-LPA في بلازما الدم (المصورة) و اسماً لسرطان المبيض ، وهذا الحمض يحرض تكاثر خلايا سرطان المبيض في الزجاج كما يوجد في سائل الحبن عند اللواتي لديهن سرطان مبيض.

المجموعة المدروسة والنتائج: اتخذت القيمة 1.3 ميكرومول /ليتر كمعيار أعظمي لحساب الحساسية والنوعية.

كان مستوى حمض الليزوفوسفاتيديك عالياً بشكل ملحوظ عند المريضات المصابات بسرطان المبيض بالمقارنة مع عينات الشاهد ، فقد وجدت نسبة عالية منه في 47 من أصل 48 مريضة لديها سرطان مبيض ، وكانت نسبته مرتفعة في 33 من أصل 36 مريضة مصابة بسرطان نسائي آخر وذلك بالمقارنة مع عينات الشاهد. كما ارتفعت نسبته في 5 من أصل 48 عينة شاهد و في 4 من أصل 17 امرأة لديها آفة نسائية سليمة، بينما لم يرتفع مستواه في أي من المريضات المصابات بسرطان الثدي (11 مريضة) أو في المصابات بالإبيضاض (5 مريضات) تعليق: بلغت حساسية اختبار حمض الليزوفوسفاتيديك 95% أما النوعية فكانت 89% و هي نسب جيدة ، ولكن لا يمكن حتى

التسطن و هي Cyp1a, Cyp2b, Cyp2e, Cyp3a قد حرضت بشكل متفاوت بدخان السجائر، وقد وجد تصعيد شديد لانتاج الرنا المرسال mRNA للسايتوكروم Cyp2e1 ، وان الدور الهام لهذا الأنزيم في الثدييات يشير إلى إمكانية ان يلعب دوراً هاماً في أحداث سرطان الرئة لدى الأشخاص المدخنين.

الالتصاق النوعي لخلايا سرطان البروستات

على الخلايا البطانية لنقي العظام في الإنسان

Preferential Adhesion Of Prostate Cancer Cells To A Human Bone Marrow Endothelial Cell Line

J Natl Cancer Inst 1998 Jan 21; 90 (2) : 118 - 23

دوافع الدراسة: في المصابين بسرطان البروستات المتقدم ، ينتقل الورم إلى العظام مسبباً تنمياً عظمية، ولكن آلية حدوث هذه النقائل الورمية مجهولة ، وقد افترض أن بيئة العظام تساعد على نمو الخلايا الورمية التي يحملها الدم ، وبالتالي تفضل هذه الخلايا الالتصاق على الخلايا البطانية للنقي . طريقة الدراسة: لقد تمت دراسة هذا الالتصاق الخلوي في الزجاج وذلك على سلاية خلوية من الخلايا البطانية للنقي HBME-1 وعلى خلايا بطانية من أعضاء أخرى .

النتائج: وجد أن الخلايا الورمية تفضل الالتصاق على الخلايا البطانية للنقي ، وقد تم تثبيط هذا الالتصاق جزئياً بواسطة أضداد لجزيئات الالتصاق الخلوي LFA-1 و galectin -3

العلاقة بين المعالجة بالانتروفرون، وسرطانة الخلية الكبدية

في مرضى التهاب الكبد الفيروسي " ث "

Relation Of Interferon Therapy And Hepatocellular Carcinoma In Patients With Chronic Hepatitis C

Ann Intern Med. 1998 July; 129: 94-99

هدف الدراسة: تحديد نسبة حدوث سرطانة الخلية الكبدية في مرضى التهاب الكبد الفيروسي " ث " المعالجين بالانتروفرون ، و مقارنتها مع المرضى غير المعالجين.

مكان الدراسة: ثمانية مراكز طبية جامعية في اوزاكا- اليابان المجموعة المدروسة: مجموعة تتألف من 419 مريضاً بالتهاب الكبد الفيروسي " ث " بدأت معالجتهم بالانتروفرون بين عامي 1992-1993، ومجموعة تتألف من 144 مريضاً شخصت إصابتهم بخزعات كبدية أجريت بين عامي 1986 - 1989 ولم يعالجوا بالانتروفرون.

طريقة الدراسة: تمت المعالجة بالانتروفرون المأخوذ من الخلايا



معالجة الرجال المصابين بالشذوذ الجنسي بواسطة**شبيه مديد التأثير للهرمون المطلق لهرمونات الاقناد**

Treatment Of Men With Paraphilia With A Long - Acting
Analogue Of Gonadotropin - Releasing Hormone

N Engl J Med 1998 Feb 12; 338 (7): 416-22

المجموعة المدروسة: رجال ذوي سلوك جنسي شاذ (بارافيليا)، يعالجون عادة بمعالجة نفسية، و بأدوية مضادة للاكتئاب، و ببروجستينات، وبمضادات الاندروجين، ولكن غالباً هذه المعالجات غير فعالة. المثبطات المختارة لعمل الغدة النخامية الجنسية بمضادات ذات تأثير مديد مشابه للهرمون المطلق لهرمونات الاقناد، تعمل على ازالة السلوك الجنسي الشاذ عن طريق خفض افراز التوستيرون.

طريقة الدراسة: عولج ثلاثون رجلاً متوسط اعمارهم 32 سنة، مصابون بـ بارافيليا طويلة الأمد (25 منهم مصابون بحب الغلمان و 5 آخرون بأنواع أخرى من الشذوذ الجنسي) بزرقات شهرية بمقدار 3.75 ملغ من التريبتوريلين TRIPTORELIN مع معالجة نفسية داعمة لمدة 8-42 شهراً.

قومت فعالية العلاج شهرياً بمقدار شدة الرغبة الجنسية و الأعراض، و سنوياً عن طريق ثلاث مجموعات من الأسئلة الإحصائية.

النتيجة: لوحظ في جميع الرجال انخفاض في التخييلات و الرغبات الجنسية الشاذة وكذلك في تواتر حدوث السلوك الجنسي غير الطبيعي، وهذه النتائج اتضحت بعد 3-10 أشهر من العلاج واستمرت في الرجال الـ 24 الذين استمروا في المعالجة لمدة سنة على الأقل حيث هبط عندهم تركيز التستسترون في المصل من 545 نانوغرام إلى 196 نانوغرام / دل.

بعد 42 شهراً من تناول العلاج كانت أهم الأعراض الجانبية: فشل الانتصاب، هبات ساخنة، وهبوط في الكثافة المعدنية للعظام عند بعض الرجال.

الخلاصة: إن الاستمرار بإعطاء التريبتوريلين، و هو شبيه مديد التأثير للهرمون المطلق لهرمونات الاقناد، بالمشاركة مع معالجة نفسية داعمة قد يؤدي إلى نتائج فعالة في الرجال المصابين بشذوذ جنسي شديد.

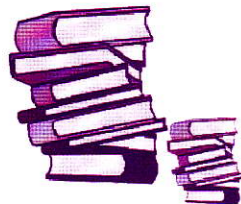
الآن قبوله كاختبار مسحي أو كواسم لسرطان المبيض، وفضلاً عن ذلك فإن ارتفاع مستوى هذا الحمض في حوالي 25% من النساء اللواتي لديهن آفات نسائية سليمة يجعل قيمة هذا الاختبار محدودة بشدة و لا بد من دراسة موسعة ومطولة قبل اعتماده.

■ طب نفسي**مضادات الاكتئاب وتأثيرها على العمل الجنسي****Antidepressant - Induced Sexual Dysfunction**

J Clin Psychiatry 1998 ; 59 Suppl 4: 48-54

هدف المقال: يستعرض المقال الأدلة التي تتعلق بالأعراض الجانبية لمضادات الاكتئاب فيما يتعلق بالجنس. لقد أثبتت الدراسات المبرمجة بأن الأدوية المضاد للاكتئاب لها تأثيرات على الشهوة والمقدرة الجنسية.

النتائج: إن اضطراب الشهوة، وتأخر القذف، هي الأكثر الاضطرابات الجنسية مشاهدة في مثبطات السيروتونين الانتقائي SSRIs، وهناك مجموعة من المعالجات المختارة كبداً إذا أصيب المريض باضطرابات جنسية ناتجة عن مضادات الاكتئاب، وغالباً ما يؤدي تعديل النظام الدوائي إلى إزالة الاضطرابات الجنسية بينما يحافظ على الفعل المضاد للاكتئاب. إن نسبة حدوث الاضطرابات الجنسية كأعراض جانبية لمركبات SSRIs تدعوا السريريين للتفتيش عن الاضطرابات الجنسية عند استعمال مثل هذه المركبات. الخلاصة: لوحظ أن لمركبي nefazodone و Bupropion أقل نسبة في إحداث الاضطرابات الجنسية.



**أخبار وأنشطة
المجلس العربي
للإختصاصات الطبية**

*News & Activities
of The Arab Board
of Medical Specializations*

يشرف المجلس العربي للاختصاصات الطبية على تدريب الأطباء في كافة البلاد العربية عبر توحيد نظم التدريب وشروط مراكز التدريب المعترف بها.

يتألف المجلس من مجالس علمية، بلغ عددها حتى الآن 11 مجلساً علمياً، تمنح 18 اختصاصاً. يتمتع كل مجلس بالاستقلال العلمي والفني، ويعتبر المرجع الوحيد في هذا النطاق. تنبثق عن كل مجلس علمي لجان عديدة لتحقيق مهامه، أهمها لجنة التوصيف والتدريب، ولجنة الامتحانات.

يتشكل كل مجلس علمي من:

- طبيب ممثل عن وزارة الصحة، يعين من قبل الوزارة، ويشترط به أن يكون من الأطباء الاختصاصيين حملة المؤهلات الطبية العالية، وقد مضى على ممارسته الاختصاص مدة عشر سنوات على الأقل.
- طبيب ممثل عن كل كلية من كليات الطب، يقترح من قبل المجالس المختصة في كليته (بحد أقصى 3 أعضاء لكل بلد عربي)، ويشترط أن يكون عضواً في هيئة التدريس في الاختصاص المعين، وأن لا تقل مرتبته عن المرتبة السابقة للأستاذية.
- يمنح كل مجلس علمي شهادة في الاختصاص للأطباء الذين استكملوا التدريب في مركز معترف به، واجتازوا الامتحانات المقررة.

الهيئات التنفيذية الحالية للمجالس العلمية

اختصاص الولادة وأمراض النساء

- رئيس المجلس العلمي: معالي أ.د. كرم كرم - الجمهورية اللبنانية
- نائب رئيس المجلس العلمي: أ.د. محمد أنور الفرا - الجمهورية العربية السورية
- مقرر المجلس العلمي: أ.د. مبروكة القنين - الجماهيرية العربية الليبية الاشتراكية الشعبية العظمى
- مقرر لجنة الامتحانات: أ.د. عبد الله عيسى - المملكة الأردنية الهاشمية
- مقرر لجنة التدريب: أ.د. محمد هشام السباعي - المملكة العربية السعودية

اختصاص طب الأطفال

- رئيس المجلس العلمي: أ.د. هاني مرتضى - الجمهورية العربية السورية
- نائب رئيس المجلس العلمي: أ.د. غالية محمد آل ثاني - دولة قطر
- مقرر المجلس العلمي: أ.د. إبراهيم جبار الناصر - جمهورية العراق
- مقرر لجنة الامتحانات: أ.د. عبد الرحمن الفريح - المملكة العربية السعودية
- مقرر لجنة التدريب: أ.د. يوسف محمد عبد الرزاق - الإمارات العربية المتحدة

اختصاص الأمراض الباطنة

- رئيس المجلس العلمي: أ.د. منصور النزهة - المملكة العربية السعودية
- نائب رئيس المجلس العلمي: أ.د. سلوى الشيخ - الجمهورية العربية السورية
- مقرر المجلس العلمي: أ.د. ثابت محسن ناشر - الجمهورية اليمنية
- مقرر لجنة الامتحانات: أ.د. صلاح الدين السنوسي قريو - الجماهيرية العربية الليبية الاشتراكية الشعبية العظمى
- مقرر لجنة التدريب: أ.د. علي أكبر مراد - دولة البحرين

اختصاص الجراحة

- رئيس المجلس العلمي: أ.د. عبد الرحمن البنيان - المملكة العربية السعودية
- نائب رئيس المجلس العلمي: أ.د. محمد علي جعفر اللواتي - سلطنة عمان
- مقرر المجلس العلمي: أ.د. محمد زكي الشماع - الجمهورية العربية السورية
- مقرر لجنة الامتحانات: أ.د. هشام الدوري - جمهورية العراق



مقرر لجنة التدريب: أ.د. ابراهيم بني هاني - المملكة الأردنية الهاشمية

اختصاص طب الأسرة والمجتمع

رئيس المجلس العلمي: أ.د. شوقي عبد الله أمين - دولة البحرين
نائب رئيس المجلس العلمي: أ.د. عدنان البار - المملكة العربية السعودية
مقرر المجلس العلمي: أ.د. صباح العبيدي - جمهورية العراق
مقرر لجنة الامتحانات: أ.د. أحمد ديب دشاش - الجمهورية العربية السورية
مقرر لجنة التدريب: أ.د. مصطفى خوجلي - الجمهورية اللبنانية

اختصاص التخدير والعناية المركزة

رئيس المجلس العلمي: أ.د. محمد طه الجاسر - الجمهورية العربية السورية
نائب رئيس المجلس العلمي: أ.د. محمد حامد شاكر محمود - جمهورية مصر العربية
مقرر المجلس العلمي: أ.د. محمد عبد الله سراج - المملكة العربية السعودية
مقرر لجنة الامتحانات: أ.د. أنيس بركة - الجمهورية اللبنانية
مقرر لجنة التدريب: أ.د. علي أحمد سلامة - الجمهورية السودانية

اختصاص الطب النفسي

رئيس المجلس العلمي: أ.د. علي محمد مطر - دولة البحرين
نائب رئيس المجلس العلمي: أ.د. رياض العزاوي - جمهورية العراق
مقرر المجلس العلمي: أ.د. محمد وليد الفحام - الجمهورية العربية السورية
مقرر لجنة الامتحانات: أ.د. يحيى الرخاوي - جمهورية مصر العربية
مقرر لجنة التدريب: أ.د. شارل فؤاد بدورة - الجمهورية اللبنانية

اختصاص الأمراض الجلدية والتناسلية

رئيس المجلس العلمي معالي: أ.د. عبد الوهاب الفوزان - دولة الكويت
نائب رئيس المجلس العلمي: أ.د. ابراهيم كلداري - الإمارات العربية المتحدة
مقرر المجلس العلمي: أ.د. عبد الغني الكبي - جمهورية لبنان
مقرر لجنة الامتحانات: أ.د. صالح داوود - الجمهورية العربية السورية
مقرر لجنة التدريب: أ.د. عمر عبد العزيز آل الشيخ - المملكة العربية السعودية

اختصاص الأنف والأذن والحنجرة والرأس والعنق وجراحاتها

رئيس المجلس العلمي: أ.د. مجدي حامد عبده - جمهورية مصر العربية
مقرر لجنة التدريب: أ.د. مصطفى المعاينة - المملكة الأردنية الهاشمية
مقرر لجنة الامتحانات: أ.د. أكرم الحجار - الجمهورية العربية السورية

اختصاص طب العيون

رئيس المجلس العلمي: أ.د. أحمد عبد الله أحمد - دولة البحرين
نائب رئيس المجلس العلمي: أ.د. معيد عبد الحميد الخشن - جمهورية العراق
مقرر المجلس العلمي: أ.د. جوزيف فتوح - الجمهورية العربية السورية
مقرر لجنة الامتحانات: أ.د. محمود خليل سالم - المملكة الأردنية الهاشمية
مقرر لجنة التدريب: أ.د. بهاء نور الدين - الجمهورية اللبنانية

اختصاص جراحة الفم والوجه والفكين

رئيس المجلس العلمي: أ.د. مختار طنطاوي - الجمهورية العربية السورية
نائب رئيس المجلس العلمي: أ.د. خالد عبد الله الرحيمي - المملكة العربية السعودية
مقرر المجلس العلمي: أ.د. رياض بقاعين - المملكة الأردنية الهاشمية
مقرر لجنة الامتحانات: أ.د. كمال عباس صالح - جمهورية السودان
مقرر لجنة التدريب: أ.د. عبد الإله طليمات - الجمهورية العربية السورية



أنشطة المجلس العربي للاختصاصات الطبية لعام 1998

اجتماع المكتب التنفيذي للهيئة العليا للمجلس العربي للاختصاصات الطبية

اجتمع المكتب التنفيذي للهيئة العليا للمجلس العربي للاختصاصات الطبية في دمشق بتاريخ 2/ آذار - مارس/ 1998 م واتخذ في هذا الاجتماع القرارات التالية:

1. اعتماد تقرير الأمين العام للمجلس العربي للاختصاصات الطبية الأستاذ الدكتور مفيد الجوخدار عن أنشطة المجلس خلال عامي 1996-1997.
2. أخذ المكتب التنفيذي علماً بموضوع متابعة قرارات الدورة الثامنة العادية لاجتماع الهيئة العليا.
3. تحديد علاقة المجلس العربي للاختصاصات الطبية بمجالس الاختصاصات الطبية المحلية كما يلي:
يؤكد الحاضرون على ثقتهم ببرنامج المجلس العربي للاختصاصات الطبية ويعتبرونها هي الأساس لمنح شهادة الاختصاص في التخصصات الطبية المختلفة وأن مجالس الاختصاصات الطبية المحلية هي مجالس داعمة ومساندة للمجلس العربي للاختصاصات الطبية وخاصة بما يلي:
أ- تشجيع تبادل الممتحنين.
ب- تسهيل إجراء الامتحانات الكتابية والسريية التي يجريها المجلس العربي للاختصاصات الطبية.
ج- تسهيل إجراءات التسجيل للراغبين في الالتحاق ببرامج المجلس العربي للاختصاصات الطبية ومتابعتها.
4. التأكيد على المجالس العلمية ضرورة القيام بتقويم المستشفيات بغية الاعتراف بصلاحياتها للتدريب أو إعادة تقويم المستشفيات المعترف بصلاحياتها سابقاً.
5. أخذ المكتب التنفيذي علماً بتقرير معالي أمين الصندوق وأبدى ارتياحه للوضع المالي الحاضر.
6. إقرار الحساب الختامي لعامي 1996-1997 م والموافقة على مشروع موازنة عام 1998 م
7. التأكيد على قرار الهيئة العليا السابق الخاص بإحداث المجالس العلمية الجديدة بأن تمول نفسها بنفسها لحين توفر الإمكانيات المادية مستقبلاً.

اجتماع مجلس وزراء الصحة العرب

شارك الأمين العام للمجلس العربي للاختصاصات الطبية الأستاذ الدكتور مفيد الجوخدار في اجتماعات المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة العرب واجتماع المجلس بتاريخ 3/ آذار - مارس/ 1998 وأطلع السيد الأمين العام مجلس وزراء الصحة العرب على نشاطات المجلس العربي للاختصاصات الطبية.

اجتماع الدورة الخامسة والأربعين للجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية

شاركت الأمانة العامة للمجلس العربي للاختصاصات الطبية في اجتماع الدورة الخامسة والأربعين للجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية المنعقدة في بيروت.

أخبار وأنشطة المجالس العلمية لعام 1998

■ المجلس العلمي لاختصاص طب الأطفال

اجتماع المجلس العلمي لاختصاص طب الأطفال

- عقد اجتماع المجلس العلمي لاختصاص طب الأطفال بتاريخ 29-30/ سبتمبر - أيلول/ 1998، وقد تم في الاجتماع اتخاذ القرارات التالية:
1. الإطلاع على تقرير السيد رئيس المجلس العلمي الأستاذ الدكتور هاني مرتضى
 2. تشكيل هيئة المجلس العلمي على الشكل التالي:



- الأستاذ الدكتور هاني مرتضى
الأستاذة الدكتورة غالية محمد آل ثاني
الأستاذ الدكتور إبراهيم جبار الناصر
الأستاذ الدكتور عبد الرحمن الفريح
الأستاذ الدكتور يوسف محمد عبد الرزاق
- رئيس المجلس.
نائب رئيس المجلس.
مقرر المجلس.
مقرر لجنة الامتحانات.
مقرر لجنة التدريب.
3. تشكيل لجان المجلس العلمي (لجنة الامتحانات - لجنة التدريب).
4. الاطلاع على قرارات اللجنة التنفيذية للمجلس العلمي المتخذة في دورتها الرابعة المنعقدة في دمشق بتاريخ 2/ تشرين الأول - أكتوبر/ 1998، واعتمادها.
5. الاطلاع على قرارات المكتب التنفيذي للهيئة العليا المتخذة في اجتماعه المنعقد بتاريخ 2/ آذار - مارس/ 1998.
6. اعتماد نتائج الامتحانات.
7. الاطلاع على تقرير لجنة الامتحانات وتقرير لجنة التدريب والموافقة على كافة التوصيات والمقترحات الواردة في هذين التقريرين.
8. تحديد مواعيد اجتماعات اللجان واجتماع الدورة القادمة للمجلس.
9. توجيه الشكر.

اجتماع لجنة الامتحانات لاختصاص طب الأطفال

- عقدت لجنة الامتحانات والوثائق لاختصاص طب الأطفال بتاريخ 29/9/1998 اجتماعها في دمشق وقد قامت اللجنة بمايلي:
1. وضع أسئلة الامتحانات الكتابية النهائية وأسئلة الشرائح.
 2. وضع أسئلة الامتحان الأولي لدورة تشرين الثاني - نوفمبر 1998.
 3. اعتماد نتائج الامتحانات الكتابية والسريية.
 4. تنظيم المراكز الامتحانية.

1- الامتحان الأولي لاختصاص طب الأطفال

جرى الامتحان الأولي لاختصاص طب الأطفال بتاريخ 29 / تشرين الثاني - نوفمبر 1998 في المراكز التالية: بغداد - دمشق - الرياض - طرابلس - بيروت - دبي - الدوحة - صنعاء - وقد تقدم لهذا الامتحان (135) طبيباً نجح منهم (97) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 71٪.

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
دمشق	28	22	78.5%
بغداد	35	22	62.8%
بيروت	4	4	100%
دبي	1	1	100%
الدوحة	8	6	75%
صنعاء	6	6	100%
طرابلس	6	3	50%
الرياض	47	33	70%

2- الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص طب الأطفال

جرى الامتحان النهائي الكتابي الدورة السابعة عشر بتاريخ 31/ أيار - مايو/ 1998 في المراكز التالية: بغداد - دمشق - الرياض، وقد تقدم لهذا الامتحان (81) طبيباً نجح منهم (35) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 43٪.

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
دمشق	18	9	50%
الرياض	54	22	40%
بغداد	9	4	44%



كما جرى الامتحان النهائي الكتابي (الدورة الثامنة عشر) بتاريخ 30/ تشرين الثاني - نوفمبر/ 1998 في المراكز التالية: بغداد - دمشق - الرياض - بيروت - دبي - الدوحة - طرابلس وقد تقدم لهذا الامتحان (217) طبيباً نجح منهم (102) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 47%.

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
دمشق	25	13	52%
الرياض	112	51	45.5%
بغداد	44	27	61%
الدوحة	9	5	55.5%
طرابلس	19	5	35.5%
دبي	7	0	0%
بيروت	1	1	100%

3- الامتحان النهائي السريري لاختصاص طب الأطفال

جرى الامتحان السريري خلال الفترة من 14-16 شباط / فبراير في المراكز التالية: بغداد - دمشق - الرياض - طرابلس وخلال الفترة من 14-17 آذار/ مارس في مركز جدة وقد تقدم لهذا الامتحان (156) طبيباً في المراكز الخمسة نجح منهم (99) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 63%.

مركز الامتحان	تاريخ الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
دمشق	1998/2/16-14	24	19	79%
جدة	1998/3/17-14	44	26	59%
الرياض	1998/2/16-14	47	28	59%
بغداد	1998/2/16-14	26	19	73%
طرابلس	1998/2/16-14	15	7	46%

كما جرى الامتحان السريري والشفوي بتاريخ 26-28/ سبتمبر-أيلول/ 1998 (الدورة السابعة عشرة) في دمشق وتقدم لهذا الامتحان (47) متقدماً نجح منهم (34) أي أن نسبة النجاح 72%.

■ المجلس العلمي لاختصاص الأمراض الباطنة

اجتماع المجلس العلمي لاختصاص الأمراض الباطنة

عقد المجلس العلمي لاختصاص الأمراض الباطنة دورته السابعة عشر في دمشق خلال الفترة الواقعة من 8-9/ أيلول - سبتمبر/ 1998 وقد اتخذ المجلس القرارات التالية

1. اعتماد تقرير السيد رئيس المجلس العلمي الأستاذ الدكتور منصور النزهة.
2. الاطلاع على قرارات الدورة السادسة عشر للمجلس العلمي ومتابعة تنفيذها.
3. الاطلاع على تقرير لجنة إعلان نتائج الامتحانات الكتابية واعتمادها.
4. الاطلاع على تقارير لجان الامتحان السريري والشفوي في المراكز المختلفة.
5. تحديد مراكز الامتحان الأولي والنهائي الكتابي لدورة ديسمبر 1998.
6. تشكيل لجان الامتحان السريري.
7. اعتماد ممتحنين من خارج أعضاء المجلس.
8. شؤون التدريب: الاعتراف ببعض المراكز التدريبية في اختصاص الباطنة.
9. البدء بالتدريب على اختصاص أمراض الكلية اعتباراً من 1/1/ 1998
10. تحديد مواعيد أنشطة المجلس.



اجتماع لجنة الامتحانات

عقدت لجنة الامتحانات لاختصاص الأمراض الباطنة اجتماعها خلال الفترة الواقعة من 1-7/أيلول-سبتمبر/1998 في دمشق حيث قامت بوضع أسئلة الامتحانات الأولية والنهائية وامتحان الشرائع، وحددت تاريخ امتحانات المجلس الكتابية لدورة كانون الأول-ديسمبر/1998، الأولي والنهائي، في 2-3/12/1998.

1- الامتحان الأولي لاختصاص الأمراض الباطنة

جرى الامتحان الأولي بتاريخ 3/كانون الاول- ديسمبر/1998 في المراكز التالية : دمشق - بغداد - الرياض - طرابلس - بيروت - صنعاء - الدوحة تقدم للامتحان المذكور (291) طبيباً نجح منهم (182) طبيباً أي أن نسبة النجاح 63%:

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
الرياض	73	46	63%
بغداد	72	49	68%
الدوحة	13	9	69%
طرابلس	42	16	41%
صنعاء	13	7	54%
بيروت	12	6	67%
دمشق	66	49	74%

2- الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص الأمراض الباطنة

جرى الامتحان النهائي الكتابي خلال الفترة 2-3/كانون الأول -ديسمبر/1998 تقدم للامتحان المذكور (17) طبيباً، نجح منهم (83) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 49%:

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
الرياض	68	27	40%
بغداد	54	37	69%
الدوحة	7	2	29%
طرابلس	19	12	63%
بيروت	5	0	0%
دمشق	17	5	29%

3- الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الأمراض الباطنة

عقد الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الأمراض الباطنة في أربعة مراكز امتحانية وهي: الرياض-طرابلس-بغداد-دمشق، وقد تقدم لهذا الامتحان في المراكز الامتحانية الأربعة (107) طبيباً ممن نجحوا في الامتحان النهائي الكتابي؛ نجح منهم (42) طبيباً حصلوا على شهادة المجلس العلمي لاختصاص الأمراض الباطنة؛ أي أن نسبة النجاح هي 39,25%:

مركز الامتحان	تاريخ الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
الرياض	1998/3/4-2/28	48	18	37.5%
بغداد	1998/4/21-18	19	8	42.1%
دمشق	1998/8/31-29	29	10	34.5%
طرابلس	1998/3/22-21	11	6	54.5%



■ المجلس العلمي للاختصاص الجراحة

اجتماع المجلس العلمي لاختصاص الجراحة

عقد المجلس العلمي لاختصاص الجراحة دورته الخامسة عشر في دمشق بتاريخ 22/ نيسان - أبريل/ 1998 في مقر الأمانة العامة اتخذ المجلس في هذا الاجتماع بعض القرارات ومنها:

1. اعتماد تقرير المجلس العلمي المقدم من قبل الأستاذ الدكتور مفيد الجوخدار الأمين العام للمجلس العربي للاختصاصات الطبية عن نشاطات المجلس.

2. انتخاب هيئة المجلس على الشكل التالي:

رئيساً للمجلس العلمي	الأستاذ الدكتور عبد الرحمن البنيان
نائب لرئيس المجلس العلمي	الأستاذ الدكتور محمد علي جعفر اللواتي
مقرراً للمجلس العلمي	الأستاذ الدكتور محمد زكي الشماع
مقرراً للجنة التدريب والتوصيف	الأستاذ الدكتور إبراهيم برهاني
مقرراً للجنة الامتحانات	الأستاذ الدكتور سهيل سمعان

3. كما تم تشكيل لجان المجلس (لجنة التدريب - لجنة الامتحانات - اللجنة التنفيذية)

4. اعتماد قرارات اللجنة التنفيذية المتخذة بدورتها الرابعة عشر المنعقدة في دمشق 24/ نيسان - أبريل/ 1997

5. الاطلاع على قرارات المكتب التنفيذي للهيئة العليا في اجتماعه المنعقد في دمشق بتاريخ 2/ آذار - مارس/ 1998

6. اعتماد نتائج الامتحانات الكتابية للجزء الأول والنهائي والامتحانات السريرية.

7. الموافقة على كافة التوصيات الواردة في تقرير لجنة الامتحانات.

8. الموافقة على كافة التوصيات الواردة في تقرير لجنة التدريب.

9. تحديد موعد أنشطة المجلس العلمي لعامي 1998 و 1999.

10. منح الشهادة الفخرية للأستاذ الدكتور فيصل رضي الموسوي وزير الصحة في دولة البحرين ورئيس الهيئة العليا ومقرر لجنة التدريب السابقة في المجلس العلمي لاختصاص الجراحة.

اجتماع لجنة الامتحانات لاختصاص الجراحة

اجتمعت لجنة الامتحانات التابعة للمجلس العلمي لاختصاص الجراحة في دمشق بتاريخ 22/ نيسان - أبريل/ 1998 وناقشت بعض المواضيع الخاصة بالامتحانات واتخذت القرارات التالية:

1. وضع قائمة بأسماء مرشحين كمرشحين في كل مركز.

2. وضع الأسئلة وتدقيقها.

3. الطلب من الزملاء تزويد الأسئلة على (ديسك) أو تحول إلى ديسك في الأمانة العامة.

4. وضع جميع الأسئلة من نوع الاختيار الوحيد اعتباراً من امتحان نوفمبر 1998

1- الامتحان الأولي لاختصاص الجراحة العامة

جرى الامتحان الأولي لاختصاص الجراحة العامة دورة حزيران - جون / 1998 في المراكز التالية: الرياض - الدوحة - دمشق - بنغازي حيث تقدم للامتحان المذكور (46) طبيباً نجح منهم (27) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 58.7٪

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
الرياض	19	12	63%
الدوحة	8	3	37.5%
دمشق	9	5	55.5%
بنغازي	10	7	70%



تقدم للامتحان الأولي لاختصاص الجراحة العامة - الجراحة البولية - جراحة العظام دورة تشرين الثاني - نوفمبر/ 1998, (109) طبيباً في كل من المراكز: بغداد - دمشق - بنغازي - طرابلس - الدوحة - الرياض نجح منهم (80) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 73.4٪

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
بغداد	64	58	90.6%
دمشق	22	10	50%
بنغازي	8	4	50%
طرابلس	1	0	0%
الدوحة	4	3	75%
الرياض	10	5	50%

2- الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص الجراحة العامة

جرى الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص الجراحة العامة دورة حزيران - جون/ 1998 في المراكز التالية : الرياض - دمشق. تقدم للامتحان المذكور (13) طبيباً نجح منهم (11) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 84.6٪

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
الرياض	11	9	81.8%
دمشق	2	2	100%

كما جرى الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص الجراحة العامة دورة تشرين الثاني - نوفمبر/ 1998 في المراكز التالية : الرياض - بنغازي - دمشق - الدوحة - بغداد تقدم للامتحان المذكور (46) طبيباً نجح منهم (35) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 76.1٪

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
الرياض	16	9	56.3%
بنغازي	1	1	100%
دمشق	3	3	100%
الدوحة	1	1	100%
بغداد	25	21	84%

جرى الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص جراحة العظام دورة تشرين الثاني - نوفمبر/ 1998 في المراكز التالية : الرياض - بنغازي - دمشق - طرابلس تقدم للامتحان المذكور (19) طبيباً نجح منهم (11) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 57.9٪

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
الرياض	11	10	90.1%
بنغازي	2	0	0%
دمشق	4	1	25%
الدوحة	2	0	0%

جرى الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص الجراحة البولية دورة تشرين الثاني - نوفمبر/ 1998 في المراكز التالية : الرياض - بنغازي تقدم للامتحان المذكور (3) نجح منهم (2) أي أن نسبة النجاح هي 66.6٪



مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
الرياض	2	1	%50
بنغازي	1	1	%100

3- الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الجراحة العامة

عقد الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الجراحة العامة في ثلاثة مراكز امتحانية : الرياض - بغداد - دمشق تقدم للامتحان المذكور (62) نجح منهم (39) أي أن نسبة النجاح هي 62.9%

مركز الامتحان	تاريخ الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
دمشق	أبريل/ 1998	8	6	%75
الرياض	1998/7/15-14	12	8	%66.6
بغداد	1998/12/3-1	27	17	%63
الرياض	1998/12/13-12	15	8	%53.3

جرى الامتحان السريري والشفوي لاختصاص جراحة العظام دورة نيسان - أبريل/ 1998 في مركز دمشق تقدم للامتحان المذكور (14) طبيباً نجح منهم (9) طبيباً فكانت نسبة النجاح 64%

جرى الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الجراحة البولية دورة نيسان - أبريل/ 1998 في مركز دمشق تقدم لهذا الامتحان (4) أطباء نجح منهم (2)، فكانت نسبة النجاح 50%

■ المجلس العلمي لاختصاص الولادة وأمراض النساء

اجتماع المجلس العلمي لاختصاص الولادة وأمراض النساء

عقد المجلس العلمي لاختصاص الولادة وأمراض النساء اجتماع دورته السادسة عشر صباح يوم السبت الموافق 9 أيار - مايو 1998 في دمشق وقد اتخذ المجلس في هذا الاجتماع القرارات التالية:

1. أخذ المجلس العلمي لاختصاص الولادة وأمراض النساء علماً بما ورد بتقرير السيد رئيس المجلس العلمي الأستاذ الدكتور عبد العزيز المشاري وقرر اعتماده والموافقة عليه.

2. تشكيل هيئة المجلس العلمي المؤلفة من الأساتذة:

الأستاذ الدكتور كرم كرم	رئيساً للمجلس العلمي
الأستاذ الدكتور محمد أنور الفراء	نائب رئيس المجلس العلمي
الأستاذة الدكتورة مبروكة القنين	مقرر المجلس العلمي
الأستاذ الدكتور عبد الله عيسى	مقررراً للجنة الامتحانات
الأستاذ الدكتور محمد هشام السباعي	مقررراً للجنة التدريب

3. تشكيل لجان الامتحانات والوثائق ولجان التدريب والتوصيف

4. أخذ المجلس العلمي لاختصاص الولادة علماً بقرارات اللجنة التنفيذية للمجلس العلمي المتخذة بدورتها المنعقدة في 7-8 أيار/ مايو 1997، وقرر اعتماده.

5. كما أخذ المجلس العلمي علماً بقرارات المكتب التنفيذي للهيئة العليا المتخذة في اجتماعه المنعقد في دمشق بتاريخ 2/ آذار - مارس/ 1998 وأكد على ترشيحات المجلس العلمي بشأن منح بعض أعضاء الشهادة الفخرية.

6. اعتماد نتائج امتحان الجزء الأول والنهائي لدورة أكتوبر 1997 وامتحان الجزء الأول لدورة أبريل 1998

7. تحديد زمان ومكان الامتحان الأولي الكتابي والنهائي بجزأيه الكتابي والسريري وأسماء الأطباء الذين يحق لهم دخول الامتحان



النهائي.

8. اعتماد نتائج الامتحان السريري لدورة أكتوبر 1997
9. تحديد زمان ومكان الامتحانات الأولية والنهائية لعام 1998
10. تأليف لجان الامتحان السريري والشفوي للمراكز الثلاث: دمشق - الرياض - بغداد
11. تحديد زمان ومكان اجتماع لجنة التصحيح - لجنة الامتحانات - الدورة القادمة للمجلس

اجتماع لجنة الامتحانات لاختصاص الولادة وأمراض النساء

- اجتمعت لجنة الامتحانات لاختصاص الولادة وأمراض النساء في دمشق خلال الفترة الواقعة من 21-24/شباط-فبراير/ 1998 وقد قامت بما يلي:
1. تحديد أسماء المتقدمين للامتحان النهائي الكتابي الذي سيجري بتاريخ 3/ تشرين الأول -أكتوبر/ 1998 وقد قامت اللجنة بدراسة الطلبات المقدمة لدخول الامتحان النهائي.
 2. تم وضع أسئلة امتحان الجزء الأول لدورتي أبريل-أكتوبر/ 1998 م.
 3. تم وضع أسئلة الامتحان النهائي الكتابي لدورة أكتوبر/ 1998 (الأسئلة المتعددة الخيارات) على أن يستكمل وضع أسئلة الحالات الطويلة والقصيرة أثناء اجتماع المجلس العلمي.
 4. تحديد مراكز الامتحان لدورة أبريل 1998: الرياض - جدة - الدمام - بغداد - دمشق - طرابلس - بنغازي - دبي - عمان.

1- الامتحان الأولي لاختصاص الولادة وأمراض النساء

جرى الامتحان الأولي لاختصاص الولادة وأمراض النساء بتاريخ 18/ نيسان-أبريل/ 1998 في تسعة مراكز امتحانية، تقدم للامتحان المذكور (201) طبيباً نجح منهم (97) طبيباً فكانت نسبة النجاح 49٪ موزعة حسب المراكز الامتحانية التالية:

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
الرياض	27	10	37%
دمشق	25	8	32%
بغداد	30	25	83%
الدمام	11	7	63%
جدة	17	4	23%
عمان	11	7	63%
دبي	23	4	17%
طرابلس	36	25	69%
بنغازي	21	7	33%

كما تقدم للامتحان الأولي الذي جرى بتاريخ 3/ تشرين الأول-أكتوبر/ 1998، (134) طبيباً نجح منهم (57) طبيباً فكانت نسبة النجاح (43٪) موزعة حسب المراكز الامتحانية التالية: (جدول أ)

2- الامتحان النهائي الكتابي للولادة وأمراض النساء

جرى الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص الولادة وأمراض النساء بتاريخ 3/ تشرين الأول - أكتوبر 98 في عشرة مراكز امتحانية تقدم للامتحان المذكور (93) طبيباً نجح منهم (66) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 70,96٪. (جدول ب)

3- الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الولادة وأمراض النساء



(جدول أ)

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
الرياض	9	3	33%
دمشق	17	8	47%
الدوحة	4	1	0.25%
الدمام	7	2	0.28%
جدة	17	3	17.64%
عمان	15	10	66.66%
دبي	6	3	50%
طرابلس	32	17	53%
بنغازي	27	10	37%

(جدول ب)

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
الرياض	11	8	72%
دبي	1	1	100%
الدمام	13	8	1.38%
دمشق	11	8	72%
الدوحة	3	3	100%
طرابلس	7	7	100%
بنغازي	2	2	100%
عمان	3	3	100%
جدة	11	9	81%
بغداد	31	18	58%

جرى الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الولادة وأمراض النساء بتاريخ 21/ تشرين الثاني - نوفمبر/ 1998، وقد تقدم للامتحان المذكور (95) طبيباً نجح منهم (46) طبيباً ممن حمل شهادة المجلس العربي في اختصاص الولادة وأمراض النساء أي أن نسبة النجاح هي 48%.

■ المجلس العلمي لاختصاص طب الأسرة والمجتمع

اجتماع المجلس العلمي لاختصاص طب الأسرة والمجتمع

عقد المجلس العلمي لاختصاص طب الأسرة والمجتمع دورته التاسعة في دمشق خلال الفترة الواقعة من 12-13/ أيار - مايو/ 1998 وقد اتخذ في هذا الاجتماع بعض القرارات ومنها:

1- انتخاب هيئة المجلس على الشكل التالي:

الأستاذ الدكتور شوقي أمين	رئيس المجلس العلمي
الأستاذ الدكتور عدنان البار	نائب رئيس المجلس العلمي
الأستاذ الدكتور صباح عبيدي	مقرر للمجلس العلمي
الأستاذ الدكتور أحمد ديب دماش	مقرر للجنة الامتحانات
الأستاذ الدكتور مصطفى خوجلي	مقرر للجنة التدريب والتوصيف

2- تشكيل لجان المجلس "لجنة الامتحانات ولجنة التدريب"

3- اعتماد تقرير رئيس المجلس العلمي الأستاذ الدكتور شوقي أمين وأنشطة المجلس العلمي خلال عامي 96-98

4- اعتماد القرارات المتخذة في اجتماع الدورة الخامسة للجنة التنفيذية للمجلس العلمي المنعقد في دمشق خلال الفترة الواقعة من 19-



20/أيار-مايو/1997

- 5- الاطلاع على قرارات المكتب التنفيذي للهيئة العليا المتخذة في اجتماعها المنعقد في دمشق بتاريخ 1998/3/2
- 6- اعتماد نتائج الامتحانات الكتابية والسريية الجارية في عامي 1997-1998 في اختصاص طب الأسرة واختصاص طب المجتمع.
- 7- الموافقة على كافة التوصيات المقدمة من قبل لجنة الامتحانات.
- 8- الموافقة على كافة التوصيات المقدمة من قبل لجنة التدريب والتوصيف ومنها:
 - تعديل بنود دليل طب المجتمع.
 - الموافقة على برنامج الصحة العامة التابع لوزارة الصحة في الجمهورية اليمنية
 - الموافقة على تقارير لجان تقويم البرامج التدريبية التالية:
 - البرنامج التدريبي في اختصاص طب الأسرة بدوائر الصحة والخدمات الطبية في حكومة دبي
 - الاعتراف النهائي بالبرنامج التدريبي لطب الأسرة التابع لمجلس التخصصات الطبية بسلطنة عمان
 - الاعتراف بالبرنامج التدريبي في اختصاص طب الأسرة في الأردن
 - 9- تحديد مواعيد أنشطة المجلس.

الامتحان الأولي لاختصاص طب المجتمع (الدورة الحادية عشر)

جرى الامتحان الأولي لاختصاص طب المجتمع بتاريخ 12/كانون الأول-ديسمبر/1998 في أربعة مراكز امتحانية وقد تقدم للامتحان المذكور (45) طبيباً نجح منهم (24) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 53.3%
جرى الامتحان النهائي الشفوي لطب المجتمع بتاريخ 22/10/1998 م، حيث تقدم (9) أطباء للامتحان وتمت مناقشة الرسائل المقدمة،

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
جدة	11	10	90.9%
عمان	14	7	50%
صنعاء	14	4	28.5%
دمشق	6	3	50%

في مقر الأمانة العامة في دمشق. وقد نجح كافة الأطباء (طبيبين منهم بنجاح مشروط باستدراك بعض الملاحظات المقررة من قبل اللجنة المختصة)، فكانت نسبة النجاح 100%.

الامتحان الكتابي لاختصاص طب الأسرة

جرى الامتحان الأولي لاختصاص طب الأسرة بتاريخ 12/كانون الأول-ديسمبر/1998 في أربعة مراكز امتحانية، وقد تقدم للامتحان المذكور (50) طبيباً نجح منهم (32) طبيباً، أي أن نسبة النجاح هي 64%
الامتحان السريري والشفوي لاختصاص طب الأسرة

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
الدوحة	15	11	73%
الرياض	22	15	68%
بيروت	5	3	60%
جدة	8	3	37.5%

جرى الامتحان السريري والشفوي لاختصاص طب الأسرة بتاريخ 14/كانون الأول - ديسمبر/1998 في مركزين امتحانيين وقد تقدم للامتحان المذكور (19) طبيباً نجح منهم (16) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 84%.



20/أيار-مايو/1997

- 5- الاطلاع على قرارات المكتب التنفيذي للهيئة العليا المتخذة في اجتماعها المنعقد في دمشق بتاريخ 1998/3/2
- 6- اعتماد نتائج الامتحانات الكتابية والسريية الجارية في عامي 1997-1998 في اختصاص طب الأسرة واختصاص طب المجتمع.
- 7- الموافقة على كافة التوصيات المقدمة من قبل لجنة الامتحانات.
- 8- الموافقة على كافة التوصيات المقدمة من قبل لجنة التدريب والتوصيف ومنها:
 - تعديل بنود دليل طب المجتمع.
 - الموافقة على برنامج الصحة العامة التابع لوزارة الصحة في الجمهورية اليمنية
 - الموافقة على تقارير لجان تقييم البرامج التدريبية التالية:
 - البرنامج التدريبي في اختصاص طب الأسرة بدوائر الصحة والخدمات الطبية في حكومة دبي
 - الاعتراف النهائي بالبرنامج التدريبي لطب الأسرة التابع لمجلس التخصصات الطبية بسلطنة عمان
 - الاعتراف بالبرنامج التدريبي في اختصاص طب الأسرة في الأردن
 - 9- تحديد مواعيد أنشطة المجلس.

الامتحان الأولي لاختصاص طب المجتمع (الدورة الحادية عشر)

جرى الامتحان الأولي لاختصاص طب المجتمع بتاريخ 12/كانون الأول-ديسمبر/1998 في أربعة مراكز امتحانية وقد تقدم للامتحان المذكور (45) طبيباً نجح منهم (24) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 53.3%
جرى الامتحان النهائي الشفوي لطب المجتمع بتاريخ 22/10/1998 م، حيث تقدم (9) أطباء للامتحان وتمت مناقشة الرسائل المقدمة،

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
جدة	11	10	90.9%
عمان	14	7	50%
صنعاء	14	4	28.5%
دمشق	6	3	50%

في مقر الأمانة العامة في دمشق. وقد نجح كافة الأطباء (طبيبين منهم بنجاح مشروط باستدراك بعض الملاحظات المقررة من قبل اللجنة المختصة)، فكانت نسبة النجاح 100%.

الامتحان الكتابي لاختصاص طب الأسرة

جرى الامتحان الأولي لاختصاص طب الأسرة بتاريخ 12/كانون الأول-ديسمبر/1998 في أربعة مراكز امتحانية، وقد تقدم للامتحان المذكور (50) طبيباً نجح منهم (32) طبيباً، أي أن نسبة النجاح هي 64%
الامتحان السريي والشفوي لاختصاص طب الأسرة

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
الدوحة	15	11	73%
الرياض	22	15	68%
بيروت	5	3	60%
جدة	8	3	37.5%

جرى الامتحان السريي والشفوي لاختصاص طب الأسرة بتاريخ 14/كانون الأول - ديسمبر/1998 في مركزين امتحانيين وقد تقدم للامتحان المذكور (19) طبيباً نجح منهم (16) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 84%



مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدداً الناجحين	نسبة النجاح
الرياض	10	9	%90
المنامة	9	7	%77

■ المجلس العلمي لاختصاص الأمراض الجلدية و التناسلية

اجتماع اللجنة التنفيذية لاختصاص الأمراض الجلدية والتناسلية

عقدت اللجنة التنفيذية للمجلس العلمي لاختصاص الأمراض الجلدية والتناسلية دورتها الرابعة في بيروت بتاريخ 30/ تشرين الاول - أكتوبر/ 1998، واتخذت القرارات التالية:

1. الموافقة على ما ورد في تقرير رئيس المجلس العلمي الأستاذ الدكتور عبد الوهاب الفوزان
2. الاطلاع على قرارات المكتب التنفيذي للهيئة العليا المتخذة في اجتماعه الأخير المنعقد في دمشق بتاريخ 2/ آذار - مارس / 1998
3. التأكيد على الترشيحات السابقة لنيل الشهادة الفخرية للمجلس العربي للاختصاصات الطبية.

الامتحانات

1- الامتحان الأولي لاختصاص الأمراض الجلدية والتناسلية

جرى الامتحان الأولي لاختصاص الأمراض الجلدية والتناسلية بتاريخ 26/ أيار - مايو/ 1998 في المراكز التالية: دمشق - الرياض - بغداد - الدوحة وقد تقدم للامتحان المذكور (17) طبيباً نجح منهم (14) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 82.3%.

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدداً الناجحين	نسبة النجاح
دمشق	6	6	%100
الرياض	5	2	%40
بغداد	1	1	%100
الدوحة	5	5	%100

كما عقد الامتحان الأولي بتاريخ 2/ تشرين الثاني - نوفمبر/ 1998 في المراكز التالية: دمشق - الرياض - بغداد وقد تقدم للامتحان المذكور (26) طبيباً نجح منهم (19) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 73%.

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدداً الناجحين	نسبة النجاح
دمشق	9	5	%55.5
الرياض	12	9	%75
بغداد	5	5	%100

2- الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص الأمراض الجلدية والتناسلية

جرى الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص الأمراض الجلدية والتناسلية بتاريخ 2/ تشرين الثاني - نوفمبر / 1998 في مركز دمشق وقد تقدم للامتحان المذكور (20) طبيباً نجح منهم (17) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 85%.

3- الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الأمراض الجلدية والتناسلية

جرى الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الأمراض الجلدية والتناسلية بتاريخ 3/ تشرين الثاني - نوفمبر / 1998 في مركز دمشق وقد تقدم للامتحان المذكور (17) طبيباً نجح منهم (15) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 88.2%.



اجتماع لجنة الامتحانات

عقدت لجنة الامتحانات لاختصاص الأمراض الباطنة اجتماعها خلال الفترة الواقعة من 1-7/أيلول-سبتمبر/1998 في دمشق حيث قامت بوضع أسئلة الامتحانات الأولية والنهائية وامتحان الشرائح، وحددت تاريخ امتحانات المجلس الكتابية لدورة كانون الأول-ديسمبر/1998، الأولي والنهائي، في 2-3/12/1998.

1- الامتحان الأولي لاختصاص الأمراض الباطنة

جرى الامتحان الأولي بتاريخ 3/كانون الاول-ديسمبر/1998 في المراكز التالية : دمشق - بغداد - الرياض - طرابلس - بيروت - صنعاء - الدوحة تقدم للامتحان المذكور (291) طبيباً نجح منهم (182) طبيباً أي أن نسبة النجاح 63%:

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
الرياض	73	46	63%
بغداد	72	49	68%
الدوحة	13	9	69%
طرابلس	42	16	41%
صنعاء	13	7	54%
بيروت	12	6	67%
دمشق	66	49	74%

2- الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص الأمراض الباطنة

جرى الامتحان النهائي الكتابي خلال الفترة 2-3/كانون الأول -ديسمبر/1998 تقدم للامتحان المذكور (17) طبيباً، نجح منهم (83) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 49%:

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
الرياض	68	27	40%
بغداد	54	37	69%
الدوحة	7	2	29%
طرابلس	19	12	63%
بيروت	5	0	0%
دمشق	17	5	29%

3- الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الأمراض الباطنة

عقد الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الأمراض الباطنة في أربعة مراكز امتحانية وهي: الرياض-طرابلس-بغداد-دمشق، وقد تقدم لهذا الامتحان في المراكز الامتحانية الأربعة (107) طبيباً ممن نجحوا في الامتحان النهائي الكتابي؛ نجح منهم (42) طبيباً حصلوا على شهادة المجلس العلمي لاختصاص الأمراض الباطنة؛ أي أن نسبة النجاح هي 39,25%:

مركز الامتحان	تاريخ الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
الرياض	1998/3/4-2/28	48	18	37.5%
بغداد	1998/4/21-18	19	8	42.1%
دمشق	1998/8/31-29	29	10	34.5%
طرابلس	1998/3/22-21	11	6	54.5%



■ المجلس العلمي للاختصاص الجراحة

اجتماع المجلس العلمي لاختصاص الجراحة

عقد المجلس العلمي لاختصاص الجراحة دورته الخامسة عشر في دمشق بتاريخ 22/نيسان-أبريل/1998 في مقر الأمانة العامة اتخذ المجلس في هذا الاجتماع بعض القرارات ومنها:

1. اعتماد تقرير المجلس العلمي المقدم من قبل الأستاذ الدكتور مفيد الجوخدار الأمين العام للمجلس العربي للاختصاصات الطبية عن نشاطات المجلس.

2. انتخاب هيئة المجلس على الشكل التالي:

رئيساً للمجلس العلمي	الأستاذ الدكتور عبد الرحمن البنيان
نائب لرئيس المجلس العلمي	الأستاذ الدكتور محمد علي جعفر اللواتي
مقرراً للمجلس العلمي	الأستاذ الدكتور محمد زكي الشماع
مقرراً للجنة التدريب والتوصيف	الأستاذ الدكتور إبراهيم برهاني
مقرراً للجنة الامتحانات	الأستاذ الدكتور سهيل سمعان

3. كما تم تشكيل لجان المجلس (لجنة التدريب - لجنة الامتحانات - اللجنة التنفيذية)

4. اعتماد قرارات اللجنة التنفيذية المتخذة بدورتها الرابعة عشر المنعقدة في دمشق 24/نيسان-أبريل/1997

5. الاطلاع على قرارات المكتب التنفيذي للهيئة العليا في اجتماعه المنعقد في دمشق بتاريخ 2/أذار-مارس/1998

6. اعتماد نتائج الامتحانات الكتابية للجزء الأول والنهائي والامتحانات السريرية.

7. الموافقة على كافة التوصيات الواردة في تقرير لجنة الامتحانات.

8. الموافقة على كافة التوصيات الواردة في تقرير لجنة التدريب.

9. تحديد موعد أنشطة المجلس العلمي لعامي 1998 و 1999.

10. منح الشهادة الفخرية للأستاذ الدكتور فيصل رضي الموسوي وزير الصحة في دولة البحرين ورئيس الهيئة العليا ومقرر لجنة التدريب السابقة في المجلس العلمي لاختصاص الجراحة.

اجتماع لجنة الامتحانات لاختصاص الجراحة

اجتمعت لجنة الامتحانات التابعة للمجلس العلمي لاختصاص الجراحة في دمشق بتاريخ 22/نيسان-أبريل/1998 وناقشت بعض المواضيع الخاصة بالامتحانات واتخذت القرارات التالية:

1. وضع قائمة بأسماء مرشحين كممتحنين في كل مركز.

2. وضع الأسئلة وتدقيقها.

3. الطلب من الزملاء تزويد الأسئلة على (ديسك) أو تحول إلى ديسك في الأمانة العامة.

4. وضع جميع الأسئلة من نوع الاختيار الوحيد اعتباراً من امتحان نوفمبر 1998

1- الامتحان الأولي لاختصاص الجراحة العامة

جرى الامتحان الأولي لاختصاص الجراحة العامة دورة حزيران - جون / 1998 في المراكز التالية: الرياض - الدوحة - دمشق - بنغازي حيث تقدم للامتحان المذكور (46) طبيباً نجح منهم (27) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 58.7٪

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
الرياض	19	12	63%
الدوحة	8	3	37.5%
دمشق	9	5	55.5%
بنغازي	10	7	70%



تقدم للامتحان الأولي لاختصاص الجراحة العامة - الجراحة البولية - جراحة العظام دورة تشرين الثاني - نوفمبر/ 1998, (109) طبيباً في كل من المراكز: بغداد - دمشق - بنغازي - طرابلس - الدوحة - الرياض نجح منهم (80) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 73.4٪

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
بغداد	64	58	90.6%
دمشق	22	10	50%
بنغازي	8	4	50%
طرابلس	1	0	0%
الدوحة	4	3	75%
الرياض	10	5	50%

2- الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص الجراحة العامة

جرى الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص الجراحة العامة دورة حزيران - جون/ 1998 في المراكز التالية : الرياض - دمشق. تقدم للامتحان المذكور (13) طبيباً نجح منهم (11) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 84.6٪

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
الرياض	11	9	81.8%
دمشق	2	2	100%

كما جرى الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص الجراحة العامة دورة تشرين الثاني - نوفمبر/ 1998 في المراكز التالية : الرياض - بنغازي - دمشق - الدوحة - بغداد تقدم للامتحان المذكور (46) طبيباً نجح منهم (35) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 76.1٪

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
الرياض	16	9	56.3%
بنغازي	1	1	100%
دمشق	3	3	100%
الدوحة	1	1	100%
بغداد	25	21	84%

جرى الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص جراحة العظام دورة تشرين الثاني - نوفمبر/ 1998 في المراكز التالية : الرياض - بنغازي - دمشق - طرابلس تقدم للامتحان المذكور (19) طبيباً نجح منهم (11) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 57.9٪

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
الرياض	11	10	90.1%
بنغازي	2	0	0%
دمشق	4	1	25%
الدوحة	2	0	0%

جرى الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص الجراحة البولية دورة تشرين الثاني - نوفمبر/ 1998 في المراكز التالية : الرياض - بنغازي تقدم للامتحان المذكور (3) نجح منهم (2) أي أن نسبة النجاح هي 66.6٪



مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
الرياض	2	1	%50
بنغازي	1	1	%100

3- الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الجراحة العامة

عقد الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الجراحة العامة في ثلاثة مراكز امتحانية : الرياض - بغداد - دمشق تقدم للامتحان المذكور (62) نجح منهم (39) أي أن نسبة النجاح هي 62.9%

مركز الامتحان	تاريخ الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
دمشق	أبريل/ 1998	8	6	%75
الرياض	1998/7/15-14	12	8	%66.6
بغداد	1998/12/3-1	27	17	%63
الرياض	1998/12/13-12	15	8	%53.3

جرى الامتحان السريري والشفوي لاختصاص جراحة العظام دورة نيسان - أبريل/ 1998 في مركز دمشق تقدم للامتحان المذكور (14) طبيباً نجح منهم (9) طبيباً فكانت نسبة النجاح 64%

جرى الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الجراحة البولية دورة نيسان - أبريل/ 1998 في مركز دمشق تقدم لهذا الامتحان (4) أطباء نجح منهم (2)، فكانت نسبة النجاح 50%

■ المجلس العلمي لاختصاص الولادة وأمراض النساء

اجتماع المجلس العلمي لاختصاص الولادة وأمراض النساء

عقد المجلس العلمي لاختصاص الولادة وأمراض النساء اجتماع دورته السادسة عشر صباح يوم السبت الموافق 9 أيار - مايو 1998 في دمشق وقد اتخذ المجلس في هذا الاجتماع القرارات التالية:

1. أخذ المجلس العلمي لاختصاص الولادة وأمراض النساء علماً بما ورد بتقرير السيد رئيس المجلس العلمي الأستاذ الدكتور عبد العزيز المشاري وقرر اعتماده والموافقة عليه.

2. تشكيل هيئة المجلس العلمي المؤلفة من الأساتذة:

الأستاذ الدكتور كرم كرم	رئيساً للمجلس العلمي
الأستاذ الدكتور محمد أنور الفراء	نائب رئيس المجلس العلمي
الأستاذة الدكتورة مبروكة القنين	مقرر المجلس العلمي
الأستاذ الدكتور عبد الله عيسى	مقررراً للجنة الامتحانات
الأستاذ الدكتور محمد هشام السباعي	مقررراً للجنة التدريب

3. تشكيل لجان الامتحانات والوثائق ولجان التدريب والتوصيف

4. أخذ المجلس العلمي لاختصاص الولادة علماً بقرارات اللجنة التنفيذية للمجلس العلمي المتخذة بدورتها المنعقدة في 7-8 أيار/ مايو 1997، وقرر اعتماده.

5. كما أخذ المجلس العلمي علماً بقرارات المكتب التنفيذي للهيئة العليا المتخذة في اجتماعه المنعقد في دمشق بتاريخ 2/ آذار - مارس/ 1998 وأكد على ترشيحات المجلس العلمي بشأن منح بعض أعضاء الشهادة الفخرية.

6. اعتماد نتائج امتحان الجزء الأول والنهائي لدورة أكتوبر 1997 وامتحان الجزء الأول لدورة أبريل 1998

7. تحديد زمان ومكان الامتحان الأولي الكتابي والنهائي بجزأيه الكتابي والسريري وأسماء الأطباء الذين يحق لهم دخول الامتحان



النهائي.

8. اعتماد نتائج الامتحان السريري لدورة أكتوبر 1997
9. تحديد زمان ومكان الامتحانات الأولية والنهائية لعام 1998
10. تأليف لجان الامتحان السريري والشفوي للمراكز الثلاث: دمشق - الرياض - بغداد
11. تحديد زمان ومكان اجتماع لجنة التصحيح - لجنة الامتحانات - الدورة القادمة للمجلس

اجتماع لجنة الامتحانات لاختصاص الولادة وأمراض النساء

- اجتمعت لجنة الامتحانات لاختصاص الولادة وأمراض النساء في دمشق خلال الفترة الواقعة من 21 - 24/شباط-فبراير/ 1998 وقد قامت بما يلي:
1. تحديد أسماء المتقدمين للامتحان النهائي الكتابي الذي سيجري بتاريخ 3/ تشرين الأول - أكتوبر/ 1998 وقد قامت اللجنة بدراسة الطلبات المقدمة لدخول الامتحان النهائي.
 2. تم وضع أسئلة امتحان الجزء الأول لدورتي أبريل - أكتوبر/ 1998 م.
 3. تم وضع أسئلة الامتحان النهائي الكتابي لدورة أكتوبر/ 1998 (الأسئلة المتعددة الخيارات) على أن يستكمل وضع أسئلة الحالات الطويلة والقصيرة أثناء اجتماع المجلس العلمي.
 4. تحديد مراكز الامتحان لدورة أبريل 1998: الرياض - جدة - الدمام - بغداد - دمشق - طرابلس - بنغازي - دبي - عمان.

1- الامتحان الأولي لاختصاص الولادة وأمراض النساء

جرى الامتحان الأولي لاختصاص الولادة وأمراض النساء بتاريخ 18/ نيسان - أبريل/ 1998 في تسعة مراكز امتحانية، تقدم للامتحان المذكور (201) طبيباً نجح منهم (97) طبيباً فكانت نسبة النجاح 49٪ موزعة حسب المراكز الامتحانية التالية:

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
الرياض	27	10	37%
دمشق	25	8	32%
بغداد	30	25	83%
الدمام	11	7	63%
جدة	17	4	23%
عمان	11	7	63%
دبي	23	4	17%
طرابلس	36	25	69%
بنغازي	21	7	33%

كما تقدم للامتحان الأولي الذي جرى بتاريخ 3/ تشرين الأول - أكتوبر/ 1998، (134) طبيباً نجح منهم (57) طبيباً فكانت نسبة النجاح (43٪) موزعة حسب المراكز الامتحانية التالية: (جدول أ)

2- الامتحان النهائي الكتابي للولادة وأمراض النساء

جرى الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص الولادة وأمراض النساء بتاريخ 3/ تشرين الأول - أكتوبر/ 98 في عشرة مراكز امتحانية تقدم للامتحان المذكور (93) طبيباً نجح منهم (66) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 70,96٪. (جدول ب)

3- الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الولادة وأمراض النساء



(جدول أ)

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
الرياض	9	3	33%
دمشق	17	8	47%
الدوحة	4	1	0.25%
الدمام	7	2	0.28%
جدة	17	3	17.64%
عمان	15	10	66.66%
دبي	6	3	50%
طرابلس	32	17	53%
بنغازي	27	10	37%

(جدول ب)

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
الرياض	11	8	72%
دبي	1	1	100%
الدمام	13	8	1.38%
دمشق	11	8	72%
الدوحة	3	3	100%
طرابلس	7	7	100%
بنغازي	2	2	100%
عمان	3	3	100%
جدة	11	9	81%
بغداد	31	18	58%

جرى الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الولادة وأمراض النساء بتاريخ 21/ تشرين الثاني - نوفمبر/ 1998، وقد تقدم للامتحان المذكور (95) طبيباً نجح منهم (46) طبيباً ممن حمل شهادة المجلس العربي في اختصاص الولادة وأمراض النساء أي أن نسبة النجاح هي 48%.

■ المجلس العلمي لاختصاص طب الأسرة والمجتمع

اجتماع المجلس العلمي لاختصاص طب الأسرة والمجتمع

عقد المجلس العلمي لاختصاص طب الأسرة والمجتمع دورته التاسعة في دمشق خلال الفترة الواقعة من 12-13/ أيار - مايو/ 1998 وقد اتخذ في هذا الاجتماع بعض القرارات ومنها:

1- انتخاب هيئة المجلس على الشكل التالي:

الأستاذ الدكتور شوقي أمين	رئيس المجلس العلمي
الأستاذ الدكتور عدنان البار	نائب رئيس المجلس العلمي
الأستاذ الدكتور صباح عبيدي	مقرر للمجلس العلمي
الأستاذ الدكتور أحمد ديب دماش	مقرر للجنة الامتحانات
الأستاذ الدكتور مصطفى خوجلي	مقرر للجنة التدريب والتوصيف

2- تشكيل لجان المجلس "لجنة الامتحانات ولجنة التدريب"

3- اعتماد تقرير رئيس المجلس العلمي الأستاذ الدكتور شوقي أمين وأنشطة المجلس العلمي خلال عامي 96-98

4- اعتماد القرارات المتخذة في اجتماع الدورة الخامسة للجنة التنفيذية للمجلس العلمي المنعقد في دمشق خلال الفترة الواقعة من 19-



20/أيار-مايو/1997

- 5- الاطلاع على قرارات المكتب التنفيذي للهيئة العليا المتخذة في اجتماعها المنعقد في دمشق بتاريخ 1998/3/2
- 6- اعتماد نتائج الامتحانات الكتابية والسريية الجارية في عامي 1997-1998 في اختصاص طب الأسرة واختصاص طب المجتمع.
- 7- الموافقة على كافة التوصيات المقدمة من قبل لجنة الامتحانات.
- 8- الموافقة على كافة التوصيات المقدمة من قبل لجنة التدريب والتوصيف ومنها:
 - تعديل بنود دليل طب المجتمع.
 - الموافقة على برنامج الصحة العامة التابع لوزارة الصحة في الجمهورية اليمنية
 - الموافقة على تقارير لجان تقويم البرامج التدريبية التالية:
 - البرنامج التدريبي في اختصاص طب الأسرة بدوائر الصحة والخدمات الطبية في حكومة دبي
 - الاعتراف النهائي بالبرنامج التدريبي لطب الأسرة التابع لمجلس التخصصات الطبية بسلطنة عمان
 - الاعتراف بالبرنامج التدريبي في اختصاص طب الأسرة في الأردن
 - 9- تحديد مواعيد أنشطة المجلس.

الامتحان الأولي لاختصاص طب المجتمع (الدورة الحادية عشر)

جرى الامتحان الأولي لاختصاص طب المجتمع بتاريخ 12/كانون الأول-ديسمبر/1998 في أربعة مراكز امتحانية وقد تقدم للامتحان المذكور (45) طبيباً نجح منهم (24) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 53.3%
جرى الامتحان النهائي الشفوي لطب المجتمع بتاريخ 22/10/1998 م، حيث تقدم (9) أطباء للامتحان وتمت مناقشة الرسائل المقدمة،

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
جدة	11	10	90.9%
عمان	14	7	50%
صنعاء	14	4	28.5%
دمشق	6	3	50%

في مقر الأمانة العامة في دمشق. وقد نجح كافة الأطباء (طبيبين منهم بنجاح مشروط باستدراك بعض الملاحظات المقررة من قبل اللجنة المختصة)، فكانت نسبة النجاح 100%.

الامتحان الكتابي لاختصاص طب الأسرة

جرى الامتحان الأولي لاختصاص طب الأسرة بتاريخ 12/كانون الأول-ديسمبر/1998 في أربعة مراكز امتحانية، وقد تقدم للامتحان المذكور (50) طبيباً نجح منهم (32) طبيباً، أي أن نسبة النجاح هي 64%
الامتحان السريري والشفوي لاختصاص طب الأسرة

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
الدوحة	15	11	73%
الرياض	22	15	68%
بيروت	5	3	60%
جدة	8	3	37.5%

جرى الامتحان السريري والشفوي لاختصاص طب الأسرة بتاريخ 14/كانون الأول - ديسمبر/1998 في مركزين امتحانيين وقد تقدم للامتحان المذكور (19) طبيباً نجح منهم (16) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 84%.



مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدداً الناجحين	نسبة النجاح
الرياض	10	9	%90
المنامة	9	7	%77

■ المجلس العلمي لاختصاص الأمراض الجلدية و التناسلية

اجتماع اللجنة التنفيذية لاختصاص الأمراض الجلدية والتناسلية

عقدت اللجنة التنفيذية للمجلس العلمي لاختصاص الأمراض الجلدية والتناسلية دورتها الرابعة في بيروت بتاريخ 30/ تشرين الاول - أكتوبر/ 1998، واتخذت القرارات التالية:

1. الموافقة على ما ورد في تقرير رئيس المجلس العلمي الأستاذ الدكتور عبد الوهاب الفوزان
2. الاطلاع على قرارات المكتب التنفيذي للهيئة العليا المتخذة في اجتماعه الأخير المنعقد في دمشق بتاريخ 2/ آذار - مارس / 1998
3. التأكيد على الترشيحات السابقة لنيل الشهادة الفخرية للمجلس العربي للاختصاصات الطبية.

الامتحانات

1- الامتحان الأولي لاختصاص الأمراض الجلدية والتناسلية

جرى الامتحان الأولي لاختصاص الأمراض الجلدية والتناسلية بتاريخ 26/ أيار - مايو/ 1998 في المراكز التالية: دمشق - الرياض - بغداد - الدوحة وقد تقدم للامتحان المذكور (17) طبيباً نجح منهم (14) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 82.3%.

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدداً الناجحين	نسبة النجاح
دمشق	6	6	%100
الرياض	5	2	%40
بغداد	1	1	%100
الدوحة	5	5	%100

كما عقد الامتحان الأولي بتاريخ 2/ تشرين الثاني - نوفمبر/ 1998 في المراكز التالية: دمشق - الرياض - بغداد وقد تقدم للامتحان المذكور (26) طبيباً نجح منهم (19) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 73%.

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدداً الناجحين	نسبة النجاح
دمشق	9	5	%55.5
الرياض	12	9	%75
بغداد	5	5	%100

2- الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص الأمراض الجلدية والتناسلية

جرى الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص الأمراض الجلدية والتناسلية بتاريخ 2/ تشرين الثاني - نوفمبر / 1998 في مركز دمشق وقد تقدم للامتحان المذكور (20) طبيباً نجح منهم (17) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 85%.

3- الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الأمراض الجلدية والتناسلية

جرى الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الأمراض الجلدية والتناسلية بتاريخ 3/ تشرين الثاني - نوفمبر / 1998 في مركز دمشق وقد تقدم للامتحان المذكور (17) طبيباً نجح منهم (15) طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 88.2%.



■ المجلس العلمي لاختصاص الطب النفسي

اجتماع المؤتمر الإقليمي لشرق البحر المتوسط

شاركت الأمانة العامة للمجلس العربي للاختصاصات الطبية في اجتماع المؤتمر الإقليمي لشرق البحر المتوسط (الجمعية العالمية للطب النفسي) بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية الذي جرى بتاريخ 14-16/ نيسان - أبريل/ 1998م في بيروت - الجمهورية اللبنانية.

اجتماع اللجنة التنفيذية لاختصاص الطب النفسي

عقدت اللجنة التنفيذية للمجلس العلمي لاختصاص الطب النفسي دورتها الثالثة في بيروت بتاريخ 17/ نيسان - أبريل/ 1998 وقد اتخذت اللجنة بعض القرارات منها:

1. اعتماد تقرير رئيس المجلس العلمي الأستاذ الدكتور علي مطر
2. الاطلاع على قرارات الدورة الثالثة للمجلس العلمي لاختصاص الطب النفسي المنعقدة في دمشق خلال الفترة 3-4/ نيسان - أبريل/ 1997
3. الاطلاع على قرارات المكتب التنفيذي للهيئة العليا للمجلس العربي للاختصاصات الطبية المتخذة في اجتماعه المنعقد في دمشق بتاريخ 3 / آذار - مارس / 1998
4. اعتماد نتائج الامتحانات لاختصاص الطب النفسي التي جرت في عام 1997
5. اعتماد قائمة المتقدمين للامتحان الأولي دورة نيسان/ أبريل / 1998
6. اعتماد قائمة المتدربين لاختصاص الطب النفسي حسب المراكز التدريبية
7. الاعتراف ببعض المستشفيات التي تقدمت بطلب الاعتراف بصلاحياتها للتدريب لاختصاص الطب النفسي في المجلس العربي للاختصاصات الطبية بعد أن تم تقييمها.
8. تحديد زمان ومكان أنشطة المجلس العلمي في عامي 1998 - 1999

الامتحانات

1- الامتحان الأولي لاختصاص الطب النفسي

جرى الامتحان الأولي لاختصاص الطب النفسي بتاريخ 25/ نيسان - أبريل/ 1998، وقد تقدم للامتحان المذكور (5) أطباء، نجح منهم (3) أطباء؛ أي أن نسبة النجاح هي 60%.

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
دمشق	1	1	100%
دبي	4	2	50%

كما جرى الامتحان الأولي بتاريخ 10/ تشرين الأول - أكتوبر/ 1998، وقد تقدم للامتحان المذكور (10) أطباء، نجح منهم (5) أطباء؛ أي أن نسبة النجاح هي 50%.

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
دمشق	5	4	80%
بغداد	5	1	20%

2- الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص الطب النفسي

جرى الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص الطب النفسي بتاريخ 10/ تشرين الأول - أكتوبر/ 1998 في مركز دمشق، وقد تقدم للامتحان المذكور (9) أطباء، نجح منهم (8) أطباء؛ أي أن نسبة النجاح هي 88.8%.



3- الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الطب النفسي

جرى الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الطب النفسي بتاريخ 11/ تشرين الأول - أكتوبر/ 1998 في مستشفى التل العسكري - في دمشق، حيث تقدم للامتحان المذكور (8) أطباء، نجح منهم (7) أطباء: أي أن نسبة النجاح هي 87.5%.

■ المجلس العلمي لاختصاص التخدير والعناية المركزة

اجتماع اللجنة التنفيذية لاختصاص التخدير والعناية المركزة

عقدت اللجنة التنفيذية للمجلس العلمي لاختصاص التخدير والعناية المركزة اجتماعها في دمشق بتاريخ 18-19/ أيار - مايو/ 1998، وقد اتخذت القرارات التالية:

1. الموافقة على ما ورد في تقرير رئيس المجلس العلمي لاختصاص التخدير والعناية المركزة الأستاذ الدكتور محمد طه الجاسر.
2. الاطلاع على قرارات اجتماع المجلس العلمي لاختصاص التخدير والعناية المركزة المتخذة بدورته الثالثة المنعقدة في دمشق بتاريخ 15-17/ آذار - مارس/ 1997
3. الاطلاع على قرارات المكتب التنفيذي للهيئة العليا المتخذة في اجتماعه الأخير المنعقد في دمشق 2/ آذار - مارس/ 1998
4. الموافقة على التوصيات الواردة في تقرير لجنة الامتحانات
5. تحديد موعد الامتحان السريري والشفوي، وتسمية لجان الامتحان السريري

اجتماع لجنة الامتحانات

اتخذت لجنة الامتحانات للمجلس العلمي لاختصاص التخدير والعناية المركزة في اجتماعها المنعقد في دمشق بتاريخ 17-أيار - مايو/ 1998 القرارات التالية:

1. اعتماد نتائج الامتحان الأولي دورة نيسان - أبريل/ 1998
2. اقتراح إضافة بند الإعفاء من الامتحان الأولي في جدول أعمال المجلس العلمي في دورته القادمة
3. الموافقة على بعض طلبات دخول الامتحان النهائي الكتابي
4. تحديد مواعيد الامتحانات لعام 1998.

اجتماع لجنة الامتحانات لاختصاص التخدير والعناية المركزة

اجتمعت لجنة الامتحانات لاختصاص المجلس العلمي لاختصاص التخدير والعناية المركزة في دمشق بتاريخ 6-7/ كانون الأول - ديسمبر/ 1998 وذلك لوضع أسئلة الامتحانات الكتابية لدورتي نيسان - أبريل وأيلول - سبتمبر/ 1999، وتحديد مواعيد الامتحانات لعام 1999.

1- الامتحان الأولي لاختصاص التخدير والعناية المركزة

جرى الامتحان الأولي بتاريخ 20/ نيسان - أبريل/ 1998 في المراكز التالية دمشق - الرياض - الدوحة - الخرطوم وقد تقدم للامتحان المذكور (27) طبيباً، نجح منهم (11) طبيباً: أي أن نسبة النجاح هي 40.7%.

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
دمشق	8	1	12.5%
الرياض	12	6	50%
الدوحة	3	2	66.6%
الخرطوم	4	2	50%

كما جرى الامتحان الأولي لدورة أيلول - سبتمبر/ 1998 في المراكز التالية دمشق - الرياض - الدوحة - الخرطوم - عمان، وقد تقدم للامتحان المذكور (17) طبيباً، نجح منهم (8) طبيباً: أي أن نسبة النجاح هي 45%.



مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
دمشق	2	0	%0
الرياض	4	2	%50
الدوحة	3	2	%66.6
الخرطوم	5	1	%20
عمان	3	2	%66.6

2- الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص التخدير والعناية المركزة

جرى الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص التخدير والعناية المركزة بتاريخ 12/أيلول-سبتمبر/1998 في المراكز التالية: دمشق - الرياض - الدوحة - عمان، وقد تقدم للامتحان المذكور (22) طبيباً، نجح منهم (10) طبيباً؛ أي أن نسبة النجاح هي 45%.

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
دمشق	10	6	%60
الرياض	8	2	%25
الدوحة	3	2	%66.6
عمان	1	0	%0

3- الامتحان السريري والشفوي لاختصاص التخدير والعناية المركزة

جرى الامتحان السريري والشفوي لاختصاص التخدير والعناية المركزة بتاريخ 7/كانون الاول-ديسمبر/1998 في مركز دمشق، وقد تقدم للامتحان المذكور (17) طبيباً، نجح منهم (7) أطباء؛ أي أن نسبة النجاح هي 41%.

■ المجلس العلمي لاختصاص طب العيون

اجتماع المجلس العلمي لاختصاص طب العيون

عقد المجلس العلمي لاختصاص طب العيون دورته الثالثة في دمشق بتاريخ 8-9/كانون الأول-ديسمبر/1998، وقد اتخذ المجلس القرارات التالية :

1. التوصية بمنح الأستاذ الدكتور خالد طيارة الشهادة الفخرية واعتماده خبيراً استشارياً لشؤون الامتحانات التي يجريها المجلس العلمي.
2. انتخاب هيئة المجلس العلمي المؤلفة من الأساتذة
الأستاذ الدكتور أحمد عبد الله أحمد
الأستاذ الدكتور معيد عبد الحميد الخشن
الأستاذ الدكتور جوزيف فتوح
الأستاذ الدكتور محمود السالم
الأستاذ الدكتور بهاء نور الدين
رئيساً للمجلس العلمي.
نائب رئيس للمجلس العلمي.
مقرر للمجلس العلمي.
مقرر للجنة امتحانات.
مقرر للجنة التدريب.
3. انتخاب أعضاء لجنة الامتحانات والوثائق وانتخاب أعضاء لجنة التدريب والتوصيف وشؤون الاعتراف.
4. أخذ المجلس العلمي علماً بما ورد في قرارات المكتب التنفيذي في اجتماعه المنعقد في دمشق بتاريخ 2/أذار-مارس/1998.
5. دراسة عدد أطباء العيون في الوطن العربي.
6. اعتماد نتائج الامتحانات الأولية والنهائية.

الامتحانات

1- الامتحان الأولي لاختصاص طب العيون وجراحاتها

جرى الامتحان الأولي لاختصاص طب العيون وجراحاتها بتاريخ 4/أيار-مايو/1998 في مركز دمشق، وقد تقدم للامتحان المذكور (17)



طبيباً، نجح منهم (10) طبيباً؛ أي أن نسبة النجاح هي 58%.

2- الامتحان النهائي (الكتابي والشفوي) لاختصاص طب العيون وجراحاتها

جرى الامتحان النهائي طب العيون وجراحاتها بتاريخ 4-5/أيار-مايو/1998 في مركز دمشق، وقد تقدم للامتحان المذكور (14) طبيباً، نجح منهم (8) طبيباً؛ أي أن نسبة النجاح هي 57.14%.

■ اختصاص الأذن والأنف والحنجرة والرأس والعنق وجراحاتها

اجتماع اللجنة التنفيذية

عقدت اللجنة التنفيذية للمجلس العلمي لاختصاص الأذن والأنف والحنجرة والرأس والعنق وجراحاتها دورتها الثانية في دمشق بتاريخ 23-25/أيار-مايو/1998، وقد اتخذت اللجنة بعض القرارات منها:

1. اعتماد تقرير رئيس المجلس العلمي لاختصاص الأنف والأذن والحنجرة والرأس والعنق وجراحاتها الأستاذ الدكتور مجدي حامد عبده.
2. الاطلاع على قرارات الدورة الثانية للمجلس العلمي المنعقدة في دمشق 3-5/أيار-مايو/1997
3. الاطلاع على قرارات المكتب التنفيذي للهيئة العليا المتخذة في اجتماعه الأخير المنعقد في دمشق 2/آذار - مارس/1998، والعمل على متابعة تنفيذها.
4. اعتماد نتائج الامتحانات الجارية عامي 1997/1998
5. اعتماد قائمة أسماء المتدربين لاختصاص الأنف والأذن والحنجرة والرأس والعنق وجراحاتها.
6. تقويم المستشفيات التي تطلب الاعتراف.
7. تحديد مكان و موعد أنشطة المجلس العلمي 1998/1999

الامتحانات

1- الامتحان الأولي لاختصاص الأذن والأنف والحنجرة والرأس والعنق وجراحاتها

جرى الامتحان الأولي لاختصاص الأذن والأنف والحنجرة والرأس والعنق وجراحاتها بتاريخ 1/آذار-مارس/1998 في المراكز التالية: دمشق - الرياض - بغداد وقد تقدم للامتحان المذكور (40) طبيباً، نجح منهم (22) طبيباً؛ أي أن نسبة النجاح هي 55%.

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
دمشق	12	9	75%
الرياض	12	6	50%
بغداد	16	7	43.75%

كما عقد الامتحان الأولي بتاريخ 27/أيلول-سبتمبر/1998 في المراكز التالية: دمشق - الرياض - جدة - بغداد، وقد تقدم للامتحان المذكور (63) طبيباً، نجح منهم (29) طبيباً؛ أي أن نسبة النجاح هي 46%.

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
دمشق	13	6	46%
جدة	11	2	18%
الرياض	5	2	40%
بغداد	34	19	55.8%

2- الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص الأذن والأنف والحنجرة والرأس والعنق وجراحاتها

جرى الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص الأذن والأنف والحنجرة والرأس والعنق وجراحاتها بتاريخ 27/أيلول-سبتمبر/1998 المراكز التالية: دمشق - الرياض، وقد تقدم للامتحان المذكور (10) أطباء، نجح منهم (8) أطباء؛ أي أن نسبة النجاح هي 80%.



مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
دمشق	5	4	80%
الرياض	5	4	80%

3- الامتحان السريري و الشفوي لاختصاص الأذن والنف والحنجرة والرأس والعنق وجراحاتها.

جرى الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الأذن والأنف والحنجرة والرأس والعنق وجراحاتها بتاريخ 5-6 كانون الأول-ديسمبر/ 1998 في مركز دمشق، وقد تقدم للامتحان المذكور (8) أطباء، نجح منهم (2) طبيباً؛ أي أن نسبة النجاح هي 25%.

■ المجلس العلمي لاختصاص جراحة الفم و الوجه والفكين

اجتماع اللجنة التنفيذية للمجلس العلمي لاختصاص جراحة الفم و الوجه والفكين

عقدت اللجنة التنفيذية للمجلس العلمي لاختصاص جراحة الفم و الوجه والفكين اجتماعها في دمشق بتاريخ 22-23 /حزيران-يونيو/ 1998، حيث قامت اللجنة بإجراء بعض التعديلات اللازمة على دليل اختصاص جراحة الفم و الوجه والفكين، وأعيدت طباعته بالشكل النهائي.

أنشطة المجلس العربي للاختصاصات الطبية المتوقعة لعام 1999م

اجتماع الدورة التاسعة العادية للهيئة العليا للمجلس العربي للاختصاصات الطبية في دمشق في الربع الأول من عام 1999 وسيحدد المكان والتاريخ من قبل معالي رئيس الهيئة الأستاذ الدكتور فيصل رضي الموسوي.

أنشطة المجالس العلمية (المتوقعة) لعام 1999

المجلس العلمي لاختصاص طب الأطفال

الامتحان السريري والشفوي: 27 شباط - فبراير إلى 1 آذار - مارس في دمشق
اجتماع لجنة الامتحانات والوثائق: النصف الثاني من شهر أيلول - سبتمبر في دمشق
اجتماع لجنة التدريب والتوصيف: النصف الثاني من شهر أيلول - سبتمبر في دمشق
اجتماع اللجنة التنفيذية للمجلس: النصف الثاني من شهر أيلول - سبتمبر في دمشق

المجلس العلمي لاختصاص الأمراض الباطنة

الامتحان السريري: 27 شباط - فبراير إلى 3 آذار - مارس في مركز الرياض
1-3 آذار - مارس في مركز بغداد
20-23 شباط - فبراير في مركز طرابلس
الأسبوع الأول من أيلول - سبتمبر في مركز دمشق
اجتماع اللجنة التنفيذية ولجنة الامتحانات في الأسبوع الثاني من أيلول - سبتمبر
الامتحان الأولي والنهائي الكتابي الأسبوع الأول من كانون الأول - ديسمبر

المجلس العلمي لاختصاص الجراحة

اجتماع اللجنة التنفيذية: الأسبوع الأول من شهر نيسان - أبريل
الامتحان السريري لاختصاص طب الجراحة العامة - البولية - العظمية 17/ نيسان - أبريل



اجتماع لجنة الامتحانات: لجنة الجراحة العامة 17-19/ نيسان-أبريل
لجنة الجراحة البولية 18-19/ نيسان-أبريل
لجنة الجراحة العظمية 20-21/ نيسان-أبريل

المجلس العلمي للاختصاصات (الولادة وأمراض النساء)

اجتماع لجنة الامتحانات 21-24 / شباط-فبراير
امتحان الجزء الأول السبت الأول من نيسان-ابريل
اجتماع اللجنة التنفيذية الأسبوع الثاني من أيار-مايو
امتحان الجزء الأول والنهائي السبت الأول من تشرين الأول-اكتوبر
الامتحان السريري والشفوي الأسبوع الثالث من شهر تشرين الثاني-نوفمبر

المجلس العلمي للاختصاصات طب الأسرة والمجتمع

امتحان سريري لطب الأسرة: 13-14/ شباط-فبراير
اجتماع لجنة التدريب والتوصيف وشؤون الاعتراف: الأسبوع الأخير من شهر نيسان-أبريل في دمشق - لمدة يومين
اجتماع اللجنة التنفيذية: الأسبوع الأخير من شهر نيسان-أبريل
امتحان الجزء الأول لاختصاص طب المجتمع: الأسبوع الثاني من شهر كانون الأول-ديسمبر
اجتماع لجنة تصحيح أوراق الإجابة 16-17/ كانون الأول-ديسمبر في دمشق

المجلس العلمي للاختصاصات التخدير والعناية المركزة

الامتحان الأولي: في شهر 17 / نيسان-أبريل
اجتماع المجلس العلمي الدورة الرابعة أيار-مايو في دمشق
الامتحان النهائي: 2/ تشرين الأول-أكتوبر
الامتحان الأولي: 2/ تشرين الأول-أكتوبر
الامتحان الشفوي: 20/ تشرين الثاني-نوفمبر
اجتماع لجنة الامتحانات كانون الأول-ديسمبر في دمشق

المجلس العلمي للاختصاصات طب العيون وجراحاتها

اجتماع اللجنة التنفيذية: 6-7/ نيسان-أبريل
الامتحان الأولي: 27/ نيسان-أبريل
الامتحان الأولي والنهائي (الكتابي والشفوي): 12-14/ تشرين الأول-أكتوبر

المجلس العلمي للاختصاصات الأنف والحنجرة والرأس والعنق وجراحاتها

الامتحان الأولي آذار-مارس
اجتماع المجلس العلمي أيار-مايو
اجتماع لجان امتحانات والتدريب أيار-مايو
الامتحان الأولي والنهائي الكتابي أيلول -سبتمبر
الامتحان السريري كانون الأول -ديسمبر في مركز دمشق

جراحة الفم والوجه والفكين

اجتماع الدورة الثانية للمجلس العلمي في الأسبوع الأول من شهر حزيران - يونيو





المجلس العلمي لاختصاص طب الأطفال 29 - 30 / سبتمبر - ايلول/ 1998



المجلس العلمي لاختصاص الأمراض الباطنة 8 - 9 / سبتمبر - ايلول/ 1998



المجلس العلمي لاختصاص الجراحة 22 / نيسان - ابريل/ 1998



المجلس العلمي لاختصاص الولادة وأمراض النساء 9 / مايو - أيار/ 1998



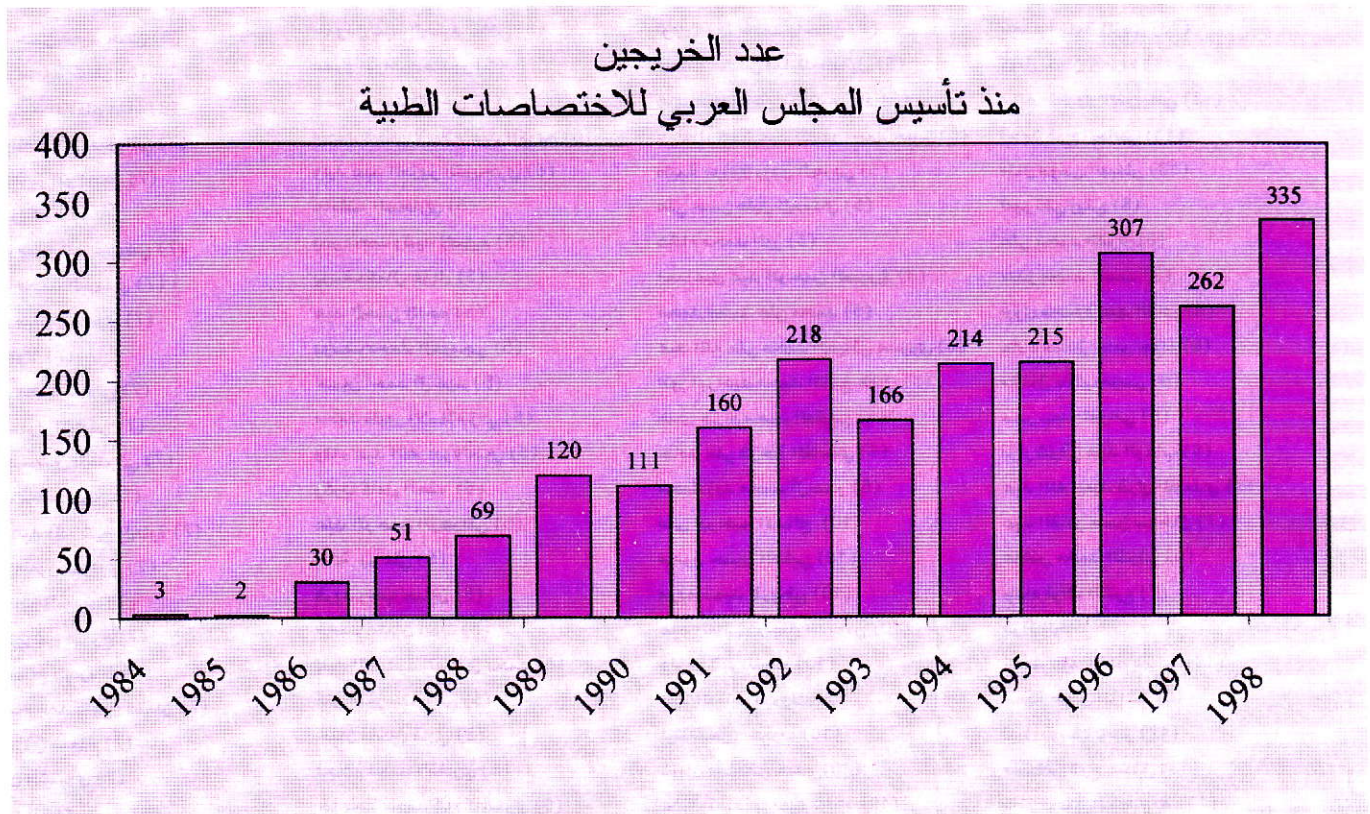
المجلس العلمي لاختصاص طب الأسرة والمجتمع 12-13 / مايو - أيار/ 1998



المجلس العلمي لاختصاص طب العيون 8 - 9 / ديسمبر - كانون الأول/ 1998

خريجو المجلس العربي للاختصاصات الطبية

بلغ عدد خريجو المجلس العربي للاختصاصات الطبية 2263 طبيباً اختصاصياً في كافة المجالس العلمية ، وذلك منذ بدأ بتخريج متدربيه في عام 1984 ، حتى نهاية 1998 م . وكما يلاحظ في المخطط المرفق ، فإن عدد الخريجين في تزايد مضطرد مما يدل على أن رسالة المجلس قد وصلت إلى المتدربين في الوطن العربي ، وعلى الأداء المتميز الذي يتمتع به حاملو شهادة الاختصاص من هذا المجلس.



فريجو المجلس العربي للاختصاصات الطبية عام ١٩٩٨م

- اختصاص طب الأطفال**
- طالب عبد الجليل جاسم (8)
رغد هاشم حسن علي (8)
نوال بهجت عباس (8)
شامل عبد الزهرة الشربة (8)
ذكرى ربيع المهدي (8)
جاسم محمد المرزوكي (8)
لمياء عبد الكريم حمودي (8)
رحمن كريم محسن (8)
عقيل محسن علي خرباط (8)
ايمان صالح حسين (8)
ميادة الأنصاري (8)
غادة فايق ناجي صالح (8)
عبد الكريم ناصر (8)
مصطفى محمد الحديدي (8)
مزاحم سيد يونس (8)
حامد غائب داغر حسين (8)
ضياء حسن سعيد حسن (8)
فراس محمد شلش (8)
باسم عبد الكاظم عناد (8)
عبد الله موفق حبوباتي (7)
خالد فايز ابو احمد (7)
عماد زوكار (7)
أحمد معمر العرقسوسي (7)
ماجد محمد البريدي (7)
نضال ميشيل حموي (7)
ايداد هولا (7)
مهدي محمد عادل (7)
محمد نوار المهدي (7)
محمد حسين الحلواني (7)
أحمد محمد الخن (7)
بشار عبد الله شيخ الحارة (7)
سحر مأمون معراوي (7)
نادر فايز العفيف (7)
نوار موريس قنيزح (7)
نزار صالح الحريات (7)
يوسف محمد مأمون عثمان (7)
مدین رزق مسالة (7)
عدنان الشتيوي (7)
محسن أبو بكر فريد (1)
صالح سعد الغزال (11)
حلوم عبد السلام الهاشمي (11)
ابراهيم بشير الصديق (11)
سائلة محمد سليمان (11)
عبد الحميد أحمد (11)
ناجية المنصوري (11)
- خالد المغيوب (11)
ربانا عبد الله سالم باعبد (5)
خيرية مقبول السفيني (5)
نبيل عبد الله العضيديان (5)
فواز عبد العزيز القاسم (5)
عبد الرحمن المكيرش (5)
ابراهيم فيصل أبو سعدة (5)
عمر عبد العزيز العقل (5)
محمد عبد الرحمن الميزع (5)
محمد حمد ناصر المقبل (5)
فهد بديع الجوفان (5)
سعيد علي الزهراني (5)
فهد عبد الرحمن العقل (5)
يوسف جار الله (5)
عبد الله صالح الصالح (5)
عبيد محمد العالوي (5)
فوزية آل زيد الشريف (5)
سموئيل عبد الحميد لطفي (5)
عمرو ابراهيم مندور (5)
عصام محمد الناجي (5)
محمد فيض الاسلام عبد الكريم (5)
وليد عبد العزيز التويجري (5)
عاطف السحاري (5)
بدر محمد رشيد السليم (5)
يوسف كمال غزال (5)
عبد المحسن الملحم (5)
يوسف محمد الحويجي (5)
حسين أحمد آل عيد (5)
محمد ظهور الاسلام زاي (5)
وفاء عبد الله أبو العتین (5)
زكريا كامل السك (5)
عبد الرحمن الزهراني (5)
آمنة بو علي (5)
فريد رجب حسين (5)
محمد عثمان الفت (5)
عبد الله عبد الصادق محمد (5)
منى منور الفاروقي (5)
حنان ياسين قاري (5)
نجلاء احمد الغفاري (5)
خديجة محمد شاه كاشغري (5)
هدى علي باناجة (5)
سلافة رمضان التميمي (5)
سامية عبد الوهاب حبيب (5)
عادل عبد الحميد الطاهر (5)
عبد الله عايد الحارثي (5)
صبري عبد العالي الحجري (5)
- محمد صالح الغامدي (5)
مقبول احمد منطور (5)
هدى عبد الله الخواجة (5)
سالم ضيف الله الطلحي (5)
نذی محمد سعيد بدر الدين (5)
منى عبد الله الصائغ (5)
روضة احمد آل سنبل (5)
مرفت عبد الله ابراهيم السقاط (5)
جمال عبد العال عبد الفتاح (5)
صالح محمد عبد الله الصالحي الحربي (5)
عبد العزيز سعيد علي صمان القحطاني (5)
فهد عبد الرحمن حماد الحماد (5)
كمال زين العابدين وقیع الله محمد (5)
عباس محمد عبد النبي صافي (5)
محمد حمد سعد الشهراني (5)
بدرية محمد عبد الله الغامدي (5)
هيفاء حسن عباس سندي (5)
نوال عبود محمد باحسن (5)
فاطمة محسن مبارك العقيل (5)
عبيد محمود عبد الملك مرداد (5)
عبد الرحمن عبد القادر أحمد حليبي (5)
طيبة مرزوق رزيق الحربي (5)
علي حسن هليل المحمدي (5)
هشام محمد الوز (5)
اسماعيل عبد الرحمن الصيرفي (5)
محمد محمد علي محمد (5)
عبد الله علي محمد الحياتي عسيري (5)
انور ابراهيم محمد الشيخ خليل (5)
هدى حزام محمد العتيبي (5)
حامد علي فرحة الغامدي (5)
محمد زيد محمد آل عمر (5)
منى ابراهيم الصالح (10)
مأمون حسين الشلبي (10)
مريم سعيد المريخي (10)
عبد العالي مرجان الدبوس (10)
هنا بشير التجار (10)
عبد العظيم مبروك (10)
لينا حسين حبوب (10)
غسان مصطفى عبدو (10)
عفاف نعيم ابراهيم شداد (10)
محمد سعيد الحمصي (10)
فهم رشدي حسين البهلول (13)
- علي عبد الله سلطان (5)
هاشم حاج الكناني (5)
زهير مصطفى أبو نجم (5)
ناجيه عبد الخالق (5)
علي علي باجوده (5)
عبد الحكيم الثقفي (5)
علي محمد الغامدي (5)
امينة عبد الله الدباغ (5)
انوف نعمة الله (5)
بسمه محمود المتديل (5)
الخليفة العوض الحسن علي (5)
عبد الجليل الهدى (5)
محمد عبد الستار سليمان (5)
خالد عبد الرزاق مغربي (5)
نوال ناصر الغامدي (5)
هديل عبد القادر العطير (1)
مفتاح صالح السعيطي (13)
محمد أسامة الزوی (13)
كمال حسن جعوته (13)
سالم اشتيوي الفرجاني (13)
أحمد فرج الحاسي (13)
منال موسى الهباش (13)
أمير تقي زيني (8)
علي محمد القزاز (8)
منذر محمد السعد (8)
أروى محمود عبد القادر (8)
علاء صادق جابر جواد (8)
مشتاق طالب موسى (8)
سمر سعد الغراني (8)
نزار شوقي عبد الوهاب (8)
عبد الله سعيد قزي الغامدي (5)
عبد القادر حسن سرحان (7)
عائض محمد القرني (5)
جهاد نواف الشرع (7)
مراد الخاني (7)
احمد عبد المنعم قمحة (10)
سمية حسن الراشد (10)
نبيل يوسف ناصر (12)
مصطفى فرج مشفق (13)
فانز محمد السعداويه (13)
- اختصاص الجراحة العامة**
- سعيد جعفر الهندي (3)
عبد الشهيد ابراهيم علي (3)
محمد ضياء الدين عامر (5)
عبد المحسن الزكري (5)
- اختصاص الأمراض الباطنة**
- محمد عبد الرحمن المشرف (5)
أروى عبد الحميد (5)



- كريكور نعلبنديان (7)
عبد الله الاسماعيلى (9)
عبد المجيد الحكير (5)
ازاد كريم حسين (8)
لولوة محمد صالح العقيل (5)
فهد الجارشي (5)
فهد علي السيف (5)
محمد عبد الله الشبيحة (5)
آمال اللبيسي (5)
منى علي حلواني (5)
وفاء اليماني (5)
نفيسة بكر فلاتة (5)
أحمد عبد الفتاح درويش (5)
عبد الله صالح المسعود (5)
ميرفت علي الحجيجان (5)
- اختصاص طب العيون**
محمد ابو سمك (1)
رزان نايف عبد الفتاح البكري (1)
عبد الرحمن علي الصقيهي (5)
سعد سليمان النزاوي (5)
طارق الموصى (7)
تماضر عثمان لطيف (13)
جهاد الحمدان الحسين (7)
ناصر محمد اليوسف (5)
- اختصاص الاذن والالتهب والخنجر**
لمى ياسين (7)
موسى ذعار دحمان (5)
- اختصاص طب الأسرة**
رافع حسن رافع الشهري (5)
أحمد صالح حمزة عزب (5)
زلفة أحمد صدقي الرئيس (5)
شيخة أحمد عبد القادر (3)
نهلة سعيد علي مدن (3)
زهرة علي حسين اسماعيل (3)
فخرية محمد فخر (3)
محمد حسين منصور آل محيا (5)
خالد التميمي (5)
وليد احمد فضة (5)
سالم آل هايض (5)
موفق سعيد طيب (5)
عبد العزيز صبياني (5)
دينا احمد حبيب (3)
ليلى عبد الكريم التاجر (3)
أميرة محمود بركات (3)
- اختصاص طب المجتمع**
غسان أيوب العيد الفاخوري (1)
غازي خليف عبد الله المراتي (1)
كريم ابراهيم سليم مسلم (1)
كامل ابراهيم محمد أبو سل (1)
نجوى حامد محمد جعفر (1)
معتوق قاسم مفيض الدين كرامي (5)
عصام حمدي نعمان الصفدي (1)
ناصر بوكلي حسن (7)
عدنان الحسن (1)
- اختصاص الطب النفسي**
سالم محمد المناعي (10)
شبر ناصر محمود قاهري (3)
عبد القادر مصطفى (10)
حميد احمد عبد الله حسين (3)
هدى حميد يوسف المروان (3)
محمد عبد الكريم مصطفى (3)
فاضل جاسم النشيط (3)
- اختصاص للتغذية والعناية المركزة**
ماري مارون (12)
محمد جمعة خميس ابراهيم (5)
ممدوح بسيوني (5)
علي عامر شوقي أنور (5)
زهرة السماك (3)
نجد الدريتي (7)
سامح حفني طه (14)
- اختصاص الأمراض الجلدية والتناسلية**
سامي عبد السعيد (10)
عماد الدين اسطنبولي (7)
اسماء ياسين العربي (13)
امال رمضان الخروبي (13)
نادية فوزي احمد عياد (13)
عزيزة اصغير القذافي (13)
موسى عمران ابو سريرة (13)
شمااء عبد الجليل ثويني (1)
رضوان عبد المنعم اسماعيل (1)
فواز عبد الله خزاعلة (1)
مسعودة سليمان ابوالزائم (13)
اشرف صلاح البدري (11)
ليلى محمد العريفي (5)
حفيفة عبد الكريم تركستاني (5)
ملك محمد مساعد الحكيم (5)
مها معتوق شلبي (5)
سمير عبد الرحيم سندي (5)
آية ابراهيم سالتو (5)
سحر عباس لاري (5)
خلود احمد الدرازي (3)
نعيمه احمد عبد الكريم (3)
راوية جعفر سيد احمد (5)
حازم متعب الرميح (11)
انتصار محمد المدني (5)
مها عبد الله فتح الدين (5)
مها محمد ابوزنادة (5)
ابتسام محمد باعامر (5)
نادية مهنا الحازمي (5)
هيا سعيد غانم الكواري (10)
امل علي حساني (3)
سماء محمود ناظر (5)
فاطمة حسن اعلاو (5)
مها محمد صالح الراقي (5)
بشار يوسف فتوح (8)
الاء سليم حميد مهدي (8)
جنان مجيد رشيد (8)
سلامة كامل ناصر (8)
وسن عدنان الجبوري (8)
اسيل اسماعيل خليل (8)
نعم زكي عطو (8)
جوان نجيب سليمان (8)
ليلى عمران (8)
فيان حاتم عبد الله (8)
ندى حميد عزيز الشمري (8)
سوزان عبد زيدان (8)
سعدون سامي السامرائي (8)
خلود سالم عبد الحسن (8)
- اختصاص الولادة وأمراض النساء**
هيثم عبد الله الزامل (5)
عصام الدين الصديق (5)
عبد الوهاب الرطروط (5)
احمد مبارك الغامدي (5)
علي محمد السلطان (5)
صالح محمد صالح القرني (5)
أبو بكر الامين النور علي (5)
حنان ظاهر عبد الرحيم جاوا (5)
خالد عبد الله صالح الرسي (5)
احمد عائض جمعان قلوي الزهراني (5)
محمد خبتي آل نمشان الغامدي (5)
هويدة حسين محسن أبو زنادة (5)
محمد شريف الطويل (7)
خيام خالد عزوي (7)
أحمد مصطفى القسوم (7)
عميد داود روفائيل (7)
باسم محمد ناجي الكواك (8)
بشار عبد الرحمن ابراهيم صالح (8)
فاضل عباس الجنابي (8)
وليد خالد عبد الستار القيسي (8)
نوزاد محمود أحمد محمد (8)
فرات شاني عودة الربيعي (8)
ماضي هاشم عطوي (8)
جاسم حسن سالم (8)
عادل رضا ناصر (8)
جواد كاظم شنيح (8)
عبد القفور عبد الله أمين (8)
ماهر جبار عبد الخالق (8)
جواد كاظم جابر (8)
أركان عبد الرحمن مكي (8)
فتح الله علي درويش (8)
حبيب علي ياسين (8)
أثير علي حسن (8)
حسن علي سعود آل ثاني (10)
منى علي أحمد يوسف (13)
- اختصاص جراحة العظام**
خالد ابراهيم خوش حال (5)
وائل صادق طه (5)
احمد ناصر البوعيسى (5)
طارق عبد الله التجاشي (5)
زهير السيد علي (5)
أيمن السيد محمد (10)
محمد نادر السعيد (10)
بدرية التوراني (3)
عامر منصور (12)
- اختصاص الجراحة البولية**
احمد حسن المتحمي (5)





Journal Of The Arab Board Of Medical Specializations

*A Medical Journal Encompassing All Medical Specializations
Issued Quarterly*

Contents

COMMENCEMENT NOTES

- **Faisal Radi Al-Moussaw, M.D.** - Minister Of Health /BAHRAIN
President Of The Higher Council Of The Arab Board Of Medical Specializations.....P109E
- **Ismail Awadallah Salam, M.D.** - Minister Of Health /EGYPT
Vice - President Of The Higher Council Of The Arab Board Of Medical Specializations.....P107E
- **Mohammed Eyad Chatty, M.D.** - Minister Of Health /SYRIA
Treasurer of the Arab Board Of Medical Specializations.....P106E

EDITORIAL

- **Moufid Jokhadar, M.D.**, Editor -In -Chief
Secretary General Of The Arab Board Of Medical Specializations.....P105E

ORIGINAL ARTICLES

- Diagnostic Value Of Fine Needle Aspiration Cytology (FNAC) :
Experience Of 904 Cases With A Comparative Histopathological Study.
Raydah Al-Khani, M.D......P103E
- Spontaneous Splenic Rupture And Falciparum Malaria Central Sudan :
A Report Of Nine Cases With Review Of Literature.
A.A. Mohamedani, M.D.; O. Khalafalla, M.D.; E.A. Ali, M.D.; A.E. Elshiekh, M.D.P88E
- Microsurgical Free Tissue Transfer For Lower Extremity Reconstruction: A review Of 52 Cases.
Ramzi Musharrafieh, M.D.; Bishara Atiyeh, M.D......P81E
- Novopen Acceptance During Injections In NIDDM Patients:
A Multicenter, Open Randomized, Cross- Over Study.
*Mustafa M. Shennak, M.D.; Abdal-Karim Hawadeh, M.D.; Aly Misha'l, M.D.;
Ahmad Kheir, M.D.; Mounira M. Al-Arouj, M.D.; Abdullah Al- Nakhi, M.D.*.....P72E
- Meckel's Diverticulum : Revisited
S.R. Akel, M.D.; G. Khoury, M.D.; S.Saghieh, M.D.; G. Zaatari, M.D.; S.jabbour M.D......P67E

REVIEW ARTICLES

- Changing Concepts In The Pathophysiology Of Congestive Heart Failure
Rober A.Chahine, M.D......P63E
- Psychiatric Manifestations Of Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection
Taher Shaltout, M.D......P60E

RELIGION & MEDICINE

- Embryology In The Holy Quran And Hadith
Mamoon Shoukfeh, M.D......P56E

CASE REPORT

- Cryoprecipitate Coagulum For Removal Of "inaccessible" Biliary Stones
Hisham Al-Doori M.D......P54E

THE ARABIC MEDICAL HERITAGE

- Hospitals In Arabic Heritage.....P53E

SELECTED ABSTRACTS

-P52E

NEWS & ACTIVITIES OF THE ARAB BOARD OF MEDICAL SPECIALIZATIONS

.....P32E

Requirements for Manuscripts Submitted to the Journal of the Arab Board of Medical Specializations

These requirements are adapted from the "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals by the International Committee of Medical Editors".

- The manuscript should be typed double spaced, including the title page, abstract, text, acknowledgements, references, tables and legends. Use only one side of each paper. White bond paper 203x 254 (8x10 inch) mm with margins of at least 25 mm (1 inch) on each side.
- The JABMS prefers that all manuscripts be submitted on IBM. compatible diskettes. If the typed manuscript is submitted, the original plus 3 additional copies should be included.
- Articles will be accepted either in Arabic or English.
- The title page should be submitted in Arabic or English.
- Arabic terminology should be standardized according to the United Arabic Medical Dictionary.
- Illustrations should be submitted on separate paper. The measurement of each should not exceed 203x 254mm (8x10)inches..
- Specific medical terms should be accompanied by the correct English and Latin translation.
- The summary should be in English and one page or less in English.
- Personal lectures or unpublished articles are unaccepted references.
- All illustrations should be no larger than 8x10 inches.
- Original articles should be no longer than 10 double spaced pages including references.
- Review articles should not exceed 14 double spaced pages including references.
- Case reports should be no more than 3 pages including references.
- Summaries of previously published articles should be submitted in Arabic and accompanied by a copy of the original article.
- Use Arabic numbers in all articles, both in English and Arabic (1.2.3...)
- Articles previously published elsewhere are not acceptable.

Advisor Board

S.C. Pediatrics

Ak. Al-Kudat, MD (1)
SG. Al-Fao'ri, MD (1)
MO. Al-Rwashdeh, MD (1)
M. Fathalla, MD (2)
Y. Abdulrazak, MD (2)
A.M. Muhamed, MD (3)
Aj. AL-Abbasi, MD (3)
Am. Al-Swailem, MD (5)
Ar Al-Frayh, MD (5)
Al. Al-Frae' di, MD (5)
M.Y. Yakup Jan, MD (5)
J. Bin O'of, MD (6)
MS. Al-Kh. Abdulsalam, MD (6)
M. Abdulmajeed, MD (6)
A. Matter, MD (7)
Z. Shwaki, MD (7)
H. Horani, MD (7)
I. Al-Naser, MD (8)
Ag. Al-Rawi, MD (8)
H.D. Al-Jermokli, MD (8)
ND. Al-Roznamji, MD (8)
S. Al-Khusaibi, MD (9)
G.M. Aalthani, MD (10)
K. Al. Al-Saleh, MD (11)
M. Helwani, MD (12)
M. Mekati, MD (12)
K. Akatsharyan, MD (12)
A. Bin. Mousa, MD (13)
A.H. Asmeda, MD (13)
Al. Sha'baan, MD (13)
J. Ah. Otman, MD (14)
A.M. Al-Shafe'i, MD (16)

S.C. Internal Medicine

M. Shennak, MD (1)
M.S. Ayoup, MD (1)
A.A. Murad, MD (3)
Ah. Bin. Mu'az, MD (4)
Ab. Makneni, MD (4)
S. Ag. Mera, MD (5)
H.Y. Idressi, MD (5)
I. Alta'ami, MD (5)
M.S. Beshar, MD (6)
O. Khalafallah Sa'eed, MD (6)
J. Daf'allah, MD (6)
M. Azhari, MD (6)
S. Shaikh, MD (7)
L. Fahdi, MD (7)
A. Sa'da, MD (7)
A. Darwish, MD (7)
Z. Darwish, MD (7)
R. Rawi, MD (8)
S. Krekor Strak, MD (8)
Kh. Abdullah, MD (8)
K.G. Alkhayat, MD (8)
G. Zbaidi, MD (9)
Y. Al-reyami, MD (9)
S. Alka'bi, MD (10)
B. Alnakeeb, MD (11)
N. Shams Aldeen, MD (12)
S. Atwa', MD (12)
S. Mallat, MD (12)
R. Shaheen, MD (12)
A. Geryani, MD (13)
SD. Sanusi Kario, MD (13)
T. Alshafeh, MD (13)
I.M. Khuder, MD (14)
Aa. Banani, MD (15)
Th. Muhsen Nasher, MD (16)
M. Alhreabi, MD (16)

S.C. Obstetric & Gynecology

Aa. I'essa, MD (1)
A. Batayneh, MD (1)
M. Ishak, MD (1)
M. Shoukfeh, MD (2)
A. Alshafi'e, MD (3)
H. Alshelli, MD (4)
Aa. Almushari, MD (5)
M.H. Sba'i, MD (5)
Aa. Basalama, MD (5)
O.H. Alharbi, MD (5)
Alk. Abdulraheem, MD (6)
H. Abdulrahman, MD (6)
O.A. Mergni, MD (6)
M.A. Abu Salab, MD (6)
M.A. Alfarrah, MD (7)
S. Shekha, MD (7)
B. Naseef, MD (7)
A.H. Youssef, MD (7)
K. Kubbeh, MD (8)
S. Khondah, MD (8)
N.B. Kattan, MD (8)
N.S. Alameen, MD (8)
S. Sultan, MD (9)
A. Abdalkader, MD (10)
Ar. Aladwani, MD (11)
J. Aboud, MD (12)
G. Alhaj, MD (13)
M. Alkennin, MD (13)
A.O.E'kra, MD (13)
I.A. Almntaser, MD (13)
A.A. Khalafallah, MD (14)
A.H. Badawi, MD (14)
M.R. Alshafe'e, MD (14)
A.H. Askalani, MD (14)
Sh.M. Massah, MD (16)

S.C. Surgery

I. Bany Hany, MD (1)
M. Nessair, MD (1)
A. Srougeah, MD (1)
A.A' Isharaf, MD (2)
A. Abdulwahab, MD (3)
M. Howesa, MD (4)
Y. Gamal, MD (5)
M. Alsalman, MD (5)
N. Alawad, MD (5)
M. Abdalah, MD (6)
H. Khalafalh, MD (6)
O. Otman, MD (6)
A. Mousa'ed, MD (6)
A. Imam, MD (7)
M. Abdalhadi, MD (7)
M.F. Shami, MD (7)
M.Z. Shama'e, MD (7)
M. Salman, MD (8)
S. Saleh, MD (8)
H. Dure, MD (8)
S. Make, MD (8)
M. Allwate, MD (9)
M. Hareme, MD (10)
A. Bahbahane, MD (11)
M. Mne'a, MD (11)
P. Farah, MD (12)
G. Alabass, MD (12)
K. Hamadah, MD (12)
J. Abdalnour, MD (12)
A.F. Ahteush, MD (13)
A. Makhlof, MD (13)
A. Moussa, MD (13)
A.S. Hammam, MD (14)

A.F. Bahnasy, MD (14)
I.A. AlfSae'ed, MD (14)
H. Alz. Hassan, MD (14)
A. Ma'ouny, MD (15)
A. Sadi, MD (16)
A. Hreabe, MD (16)

S.C. Family & Society

S. Hegazi, MD (1)
A. Abbass, MD (1)
F. Shakhatra, MD (1)
Ag. Hawi, MD (2)
F. Naser, MD (3)
N. Ald. Ashour, MD (4)
Y. Almazrou'e, MD (5)
G. Garallah, MD (5)
B. Aba Alkheal, MD (5)
A. Albar, MD (5)
K. Mergane, MD (6)
A. Alta'eeb, MD (6)
A. Moukhtar, MD (6)
A. Dashash, MD (7)
M. Sawaf, MD (7)
S. Obaide, MD (8)
S. Dabbag, MD (8)
A. Neaze, MD (8)
K. Hakeeb, MD (8)
A.G. Mouhamad, MD (9)
Y. Abo Alfain, MD (10)
M. Sarakhoh, MD (11)
M. Khogale, MD (12)
N. Karam, MD (12)
H. Awadah, MD (12)
M. Bakoush, MD (13)
M. Mu'afa, MD (13)
O. Sudani, MD (13)
Sh. Nasser, MD (14)
N. Kamel, MD (14)
F. Nouraldeem, MD (15)
G. Gawood, MD (15)
I. Abdulsalam, MD (15)
A. Bahatab, MD (16)
A. Sabri, MD (16)

S.C. Psychiatry

G. Kurdan, MD (1)
N. Abu Hagleh, MD (1)
T. Daradkeh, MD (2)
M. Alhafany, MD (4)
A. Sba'ei, MD (5)
A. Edrise, MD (6)
T. Ba'sher, MD (6)
D. Abubaker, MD (6)
W. Faham, MD (7)
H. Khure, MD (7)
A. Gaderi, MD (8)
R. Azawi, MD (8)
T. Khamas, MD (8)
S. Mana'ei, MD (10)
M. Khani, MD (12)
S. Badura, MD (12)
F. Antun, MD (12)
Y. Rekhawi, MD (14)
S. Rashed, MD (14)
A. Ariani, MD (16)

S.C. Dermatology

M. Sharaf, MD (1)
Y. Damen, MD (1)
I. Keldari, MD (2)
Kh. Areeed, MD (3)

M. Kamun, MD (4)
A. Abdraboh, MD (5)
O. Aalshekh, MD (5)
A. Muhandes, MD (5)
O. Taha, MD (6)
B. Ahmed, MD (6)
Kh. Allub, MD (7)
S. Dawood, MD (7)
A. Hussien, MD (7)
H. Blaban, MD (7)
H. Sleman, MD (7)
H. Anbar, MD (8)
Z. Agam, MD (8)
B. Mageed, MD (8)
N. Kusemy, MD (8)
A. Sweid, MD (9)
H. Abdallah, MD (10)
K. Saleh, MD (11)
A. Sef, MD (11)
A. Kube, MD (12)
R. Tanb, MD (12)
M. Ben Gzel, MD (13)
M.S. Balhag, MD (13)
I. Sas, MD (13)
M.I. Zarkani, MD (14)

S.C. Anesthesia & Intensive Care

I. Badran, MD (1)
A. Amrou, MD (1)
Ag. Kouhaji, MD (3)
M.A. Seraj, MD (5)
D. Khudhairi, MD (5)
S. Marzuki, MD (5)
A. Salama, MD (6)
T. Mahmoud, MD (6)
K. Mobasher, MD (6)
Ak. Da'da', MD (7)
F. Assaf, MD (7)
B. Berzanji, MD (8)
M. Rekabi, MD (8)
Ar. Kattan, MD (11)
H. Abdulfattah, MD (11)
M. Mu'alem, MD (12)
A. Barakeh, MD (12)
M. Antaky, MD (12)
G. Bshareh, MD (12)
Am. Taha, MD (14)
M.H. Mahmoud, MD (14)
M.S. Albakri, MD (14)

S.C. Ophthalmology

N. Sarhan, MD (1)
G. Jeuossi, MD (1)
M. Salem, MD (1)
A. Wartani, MD (4)
Kh. Tabbarah, MD (5)
A. Sisi, MD (5)
M. Faran, MD (5)
Ar. Gadyan, MD (5)
K. Abdallah, MD (6)
T. Abdellatif, MD (6)
S. Kh. Thabet, MD (6)
H. Shekh, MD (6)
J. Fatuoh, MD (7)
R. Saa'ed, MD (7)
A. Admeh, MD (7)
M. Khesheh, MD (8)
Ah. Lawaty, MD (9)
F. Kahtany, MD (10)
A. Alabedalrazak, MD (11)
B. Nouraldeem, MD (12)

A. Khouri, MD (12)
I. Aboud, MD (12)
Nd. Shishko, MD (12)
S. Feture, MD (13)
M. Bin A'amer, MD (13)

S.C. ENT, Head & Neck Surgery

M. Ma'eteh, MD (1)
M. Alomare, MD (1)
A. Jammal, MD (3)
A. Khdeem, MD (4)
Am. Sheikh, MD (5)
F. Zahran, MD (5)
A. Sarhani, MD (5)
Ak. Alhadi, MD (6)
O. Moustafa, MD (6)
G. Nour, MD (6)
A. Hajar, MD (7)
F. Debssi, MD (7)
Ah. Teba, MD (7)
Ar. Yusefi, MD (7)
A. Mansuri, MD (8)
M. Badri, MD (8)
N. Shehab, MD (8)
M. Mousawi, MD (8)
M. Khabouri, MD (9)
N. Naji, MD (10)
A. Harmoush, MD (12)
N. Flehan, MD (12)
S. Mansour, MD (12)
I. Sharif, MD (13)
I. Khalifa, MD (14)
W. Aboshlip, MD (14)
H. Naser, MD (14)
M. Alazazi, MD (16)

S.C. Oral & Maxillofacial Surgery

G. Buka'en, MD (1)
R. Buka'en, MD (1)
K. Rahemi, MD (5)
A. Shehab, MD (5)
A. Albasher, MD (6)
K. Saleh, MD (6)
A. Tulemat, MD (7)
M. Sabe'larab, MD (7)
M. Isma'eli, MD (9)
A. Darwish, MD (10)
A. Khuri, MD (12)
M. Mais, MD (12)
H. Badran, MD (14)
I. Zetun, MD (14)

- 1: Kingdom of Jordan
- 2: United Arab Emirates
- 3: State of Bahrain
- 4: Arab Republic of Tunis
- 5: Saudi Arabia
- 6: Arab Republic of Sudan
- 7: Syrian Arab Republic
- 8: Arab Republic of Iraq
- 9: Sultanate of Oman
- 10: State of Qatar
- 11: State of Kuwait
- 12: Lebanon
- 13: Libyan Arab Jamahiriya
- 14: Arab Republic of Egypt
- 15: Kingdom of Morocco
- 16: The Republic of Yemen

Journal Of The Arab Board Of Medical Specializations

*A Medical Journal Encompassing All Medical Specializations
Issued Quarterly*

Supervisory Board

President of the Higher Council of the Arab Board of Medical Specializations
Faisal Radi Al-Moussawi, M.D. - Minister of Health/ Bahrain

Vice-President Higher Council of the Arab Board of Medical Specializations
Ismail Awadallah Salam, M.D. - Minister of Health/ Egypt

Treasurer of the Arab Board of Medical Specializations
Mohammed Eyad Chatty, M.D. - Minister of Health/ Syria

Editor-in-Chief

Moufid Jokhadar, M.D.

Secretary General of Arab Board of Medical Specializations

Co-Editor

Raydah Al Khani, M.D.

Editorial Advisor

Carol Forsyth Hughes, M.D., M.P.H

Management Advisor

Sadek Khabbaz

Editorial Secretary

Susanna Kailani **Mouna Ghraoui** **Lama Trabelsy**

Editorial Board

Chairman of the Scientific Council of Pediatrics

Hani Murtada, M.D./ Syria

Chairman of the Scientific Council of Obstetric & Gynecology

Karam Karam, M.D.- Minister of Health/ Lebanon

Chairman of the Scientific Council of Internal Medicine

Mansour Al-Nozha, M.D./ Saudi Arabia

Chairman of the Scientific Council of Surgery

Abedel Rahman Al-Bunyan, M.D./ Saudi Arabia

Chairman of the Scientific Council of Family & Community Medicine

Shawki Abdullah Amin, M.D./ Bahrain

Chairman of the Scientific Council of Dermatology

Abdulwahab Al-Fawzan, M.D./ Kuwait

Chairman of the Scientific Council of Anesthesia & Intensive Care

Mohammed Taha Al-Jasser, M.D./ Syria

Chairman of the Scientific Council of Ophthalmology

Ahmed Abdallah Ahmed, M.D./ Bahrain

Chairman of the Scientific Council of Psychiatry

Ali Matter, M.D./ Bahrain

Chairman of the Scientific Council of ENT, Head & Neck Surgery

Majdi Hamed Abdo, M.D./ Egypt

Chairman of the Scientific Council of Oral & maxillofacial Surgery

Mukhtar Tantawi, M.D./ Syria

The Journal of The Arab Board of Medical Specializations is a medical journal, issued quarterly, encompassing all medical specializations. It will strive to publish the research of Arab physicians in order to strengthen the communication and exchange of scientific, and medical information within the Arab World. The Journal will also publish the activities and news of the Arab Board of Medical Specializations.

The Journal of the Arab Board of Medical Specializations will publish original articles, reviews, and case reports, either in English or in Arabic, accompanied with a summary in the second language.

The journal will publish selected important medical abstracts which have recently been accepted for publication elsewhere. These will be translated into Arabic to facilitate communication.

All articles will be evaluated by a specialized committee consisting of the members of the Arab Board of Medical Specializations in cooperation with professors and specialists from all the Arab countries.

Correspondence :

Journal of the Arab Board of Medical Specializations

The Arab Board of Medical Specializations

P.O. Box 7669. Damascus. Syria.

Tel. 6119742 - 6119249. Fax. 6119259-6119739

للدعاية الطبية : الاتصال بمكتب المجلة
في المجلس العربي للاختصاصات الطبية



ISSN 1561-0217



Journal Of The Arab Board Of Medical Specializations



*A Quarterly Medical Journal
Encompassing all Medical Specializations*

JABMS Vol. 1, No. 1, January 1999