

ISSN 1561-0217



مجلة

المجلس العربي للاختصاصات الطبية



مجلة طبية فصلية محكمة تعنى بكافة الاختصاصات الطبية

مجلد 1 - عدد 4 - شهر 10 - 1999 م - جمادي الآخرة 1420 هـ

للدعاية الطبية : الاتصال بمكتب المجلة



مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية

مجلة طبية دورية محكمة 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

نائب رئيس الهيئة العليا للمجلس العربي للاختصاصات الطبية

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

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 خياز

مستشار التحرير

الدكتورة كارول فورسايت هيوز

هيئة التحرير

رئيس المجلس العلمي لاختصاص طب 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 جراحة الفم والوجه والفكين

الأستاذ الدكتور مختار طنطاوي / سورية

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 منصور النزهة / السعودية

رئيس المجلس العلمي لاختصاص الجراحة

الأستاذ الدكتور عبد الرحمن البنيان / السعودية

رئيس المجلس العلمي لاختصاص طب الأسرة والمجتمع

الأستاذ الدكتور شوقي عبد الله أمين / البحرين

مساعدو التحرير

الدكتورة رولان محاسن

المهندس أسعد الحكيم

الصيدلانية منى بيطار

الصيدلانية مزنة الخاني

منى غراوي

لمى الطرابلسي

مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية هي مجلة طبية 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 مرفق باللغة الأخرى، كما تقبل رسائل إلى المحرر عن المواضيع

والملاحظات الطبية.

تقوم المجلة أيضاً بنشر ملخصات منتقاة من المقالات المهمة المنشورة في المجلات العلمية والطبية الأخرى، وذلك باللغة العربية، بهدف تسهيل

إيصالها إلى الطبيب العربي.

تخضع مقالات المجلة للجنة تحكيم اختصاصية مؤلفة أساساً من السادة الأساتذة الأطباء أعضاء المجالس العلمية للاختصاصات الطبية، ومشاركة

أساتذة الجامعات والاختصاصيين في كافة البلاد العربية.

نرسل كافة المراسلات إلى العنودات التالي:

مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية

المجلس العربي للاختصاصات الطبية - المزة - شارع الحرش - ص.ب 7669

دمشق - الجمهورية العربية السورية

هاتف 6119742/6119249 - 963 11 - فاكس 6119739/6119259 - 963 11

E. mail: CABMS@net.Sy

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.

- أ.د. عبد الحسين جمعة اللواتي (9)
- أ.د. فهد القحطاني (10)
- أ.د. عبد الله إبراهيم العبد الرزاق (11)
- أ.د. بهاء نور الدين (12)
- أ.د. أنطون خوري (12)
- أ.د. إدوارد عود (12)
- أ.د. جمال بليق (12)
- أ.د. نور الدين الشيشكو (13)
- أ.د. سعد الفيتوري (13)
- أ.د. منصور عيسى بن عامر (13)

اختصاص الأذن والأنف والحجرة

- أ.د. مصطفى المعاطلة (1)
- أ.د. محمد أحمد إبراهيم العمري (1)
- أ.د. عبد الله النعمي (2)
- أ.د. أحمد جاسم جمال (3)
- أ.د. عبد القادر الخديم (4)
- أ.د. عبد المنعم الشيخ (5)
- أ.د. فؤاد مصطفى زهران (5)
- أ.د. عوض مرعي السرحاني (5)
- أ.د. عبد العزيز الدخيل (5)
- أ.د. عبد العزيز بن جميل عاشور (5)
- أ.د. أبو القاسم الهادي (6)
- أ.د. عثمان محمد مصطفى (6)
- أ.د. غازي محمد نور (6)
- أ.د. أكرم الحجار (7)
- أ.د. مأمون السمان (7)
- أ.د. فيصل نبسي (7)
- أ.د. عبد الحليم طيبا (7)
- أ.د. عبد الرزاق اليوسفي (7)
- أ.د. مصطفى إبراهيم (7)
- أ.د. عادل مهدي المنصوري (8)
- أ.د. مساعد البدري (8)
- أ.د. نافع شهاب (8)
- أ.د. بشير عطيات (8)
- أ.د. مازن جواد جعفر الخابوري (9)
- أ.د. ناجي كمال ناجي (10)
- أ.د. أنطوان سعيد هرموش (12)
- أ.د. نبيل قليحان (12)
- أ.د. صلاح منصور (12)
- أ.د. إبراهيم الشريف (13)
- أ.د. محمد شفيق خليفة (14)
- أ.د. ولاء حسين أبو شليب (14)
- أ.د. حسين محمد سالم نصر (14)
- أ.د. مجدي حامد عبده (14)
- أ.د. محمد فارح العززي (16)
- أ.د. محمد الخطيب (16)

اختصاص جراحة الفم والوجه والفكين

- أ.د. غازي بقاعين (1)
- أ.د. رياض بقاعين (1)
- أ.د. إبراهيم عرب (2)
- أ.د. خالد عبد الله الرحيمي (5)
- أ.د. عمر فايز شهاب (5)
- أ.د. النور إبراهيم البشير (6)
- أ.د. خالد عباس صالح (6)
- أ.د. عبد الإله طليمات (7)
- أ.د. مختار طنطاوي (7)
- أ.د. محمد سبيع العرب (7)
- أ.د. إياد محمد اسماعيل (8)
- أ.د. محمد الاسماعيلي (9)
- أ.د. عبد العزيز درويش (10)
- أ.د. أنطون خوري (12)
- أ.د. محمود خالد الميس (12)
- أ.د. حسن عادل بدران (14)
- أ.د. إبراهيم محمد زيتون (14)

- 1: المملكة الأردنية الهاشمية
- 2: الإمارات 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

- أ.د. يوسف الضامن (1)
- أ.د. إبراهيم كلداري (2)
- أ.د. خليل إبراهيم العريض (3)
- أ.د. محمد رضا كمون (4)
- أ.د. عبد الرؤوف عمر عبد ربه (5)
- أ.د. عمر عبد العزيز آل الشيخ (5)
- أ.د. أحمد سالم عبد الله المهندس (5)
- أ.د. صالح بن حمد الجبر (5)
- أ.د. أحمد علي التركي (5)
- أ.د. عثمان محمد أحمد طه (6)
- أ.د. بشري عمر أحمد (6)
- أ.د. خليفة صديق علوب (6)
- أ.د. صالح داود (7)
- أ.د. أسامة الحاج حسين (7)
- أ.د. حميد سليمان (7)
- أ.د. حيدر أحمد عنبر (8)
- أ.د. زهير عجم (8)
- أ.د. بشار شاكر مجيد (8)
- أ.د. نهي نون القصيمي (9)
- أ.د. عوض مرعي السرحاني (9)
- أ.د. حسن علي العبد الله (10)
- أ.د. عبد الوهاب الفوزان (11)
- أ.د. قاسم عبد اللطيف الصالح (11)
- أ.د. علي السيف (11)
- أ.د. عبد الغني الكبي (12)
- أ.د. فؤاد السيد (12)
- أ.د. رولان طلب (12)
- أ.د. محمد صادق بن غزيل (13)
- أ.د. محمد سليمان بالحاج (13)
- أ.د. عصام أحمد ساس (13)
- أ.د. محمد إبراهيم الزرقاني (14)

اختصاص التخدير والعناية المركزة

- أ.د. زدياد بدران (1)
- أ.د. بشير عطيات (1)
- أ.د. عبد العزيز عمرو (1)
- أ.د. عبد الجليل الكرمي (3)
- أ.د. محمد عبد الله سراج (5)
- أ.د. طاهر الخضيري (5)
- أ.د. ساسي المروقي (5)
- أ.د. قيس ظاهر حبيب (8)
- أ.د. علي جعفر محمد (9)
- أ.د. يوسف علوم أبو الفين (10)
- أ.د. منصور صرخوه (11)
- أ.د. مصطفى خولي (12)
- أ.د. مازن محمد نصير (12)
- أ.د. نديم كرم (12)
- أ.د. حسان عوضا (12)
- أ.د. محمد محمد البكوش (13)
- أ.د. محمد صالح معالي (13)
- أ.د. عمر السوداني (13)
- أ.د. شفيقة صالح حسن ناصر (14)
- أ.د. ناهد كامل (14)
- أ.د. فكري إبراهيم نور الدين (15)
- أ.د. جاي جاوود (15)
- أ.د. دريسي عبد السلام (15)
- أ.د. عبد الله سعيد حطاب باحطاب (16)
- أ.د. علي محمد الصبري (16)

اختصاص الطب النفسي

- أ.د. جلال قردن (1)
- أ.د. محمود أبو دنون (1)
- أ.د. نظام أبو حجلة (1)
- أ.د. توفيق دراكه (2)
- أ.د. علي محمد مطر (3)
- أ.د. محمد فخر الدين الحفاني (14)
- أ.د. عبد الله السبيعي (5)
- أ.د. خليل إبراهيم القويطي (5)
- أ.د. عبد اللال الإدريسي (6)
- أ.د. طه بعشر (6)
- أ.د. علي محمود أحمد السبيسي (5)
- أ.د. مبارك بن فهد آل فاران (5)
- أ.د. عبد الرحمن الغنيان (5)
- أ.د. عدنان محمد حامد المروقي (5)
- أ.د. عبد الله العويضي (5)
- أ.د. كامل محمد عبد الله (6)
- أ.د. تاج الدين عبد اللطيف (6)
- أ.د. سر الختم عمر ثابت (6)
- أ.د. الهادي أحمد الشيخ (6)
- أ.د. جوزيف قرح (7)
- أ.د. فؤاد أنطون (12)
- أ.د. نديم إبراهيم زحلقو (7)
- أ.د. أروى العظيمة (7)
- أ.د. محمد سليم الخطيب (7)
- أ.د. إلي قرح (7)
- أ.د. معبد عبد الحميد الفشن (8)
- أ.د. ماجد سليمان (8)
- أ.د. عمر نجيب القويطي (8)

- أ.د. كمال حمادة (12)
- أ.د. جان عبد النور (12)
- أ.د. فؤاد سامي حداد (12)
- أ.د. أمون شقة (2)
- أ.د. الصافي أحمد مخلوف (13)
- أ.د. عبد الهادي موسى (13)
- أ.د. عبد الرؤوف القرون (13)
- أ.د. أحمد سامح همام (14)
- أ.د. أحمد فوزي يهسي (14)
- أ.د. إبراهيم أبو القحح سعيد (14)
- أ.د. حسن الظاهر حسن (14)
- أ.د. علي الماعوني (15)
- أ.د. عزان السعدي (16)
- أ.د. عبد الله علي الحريبي (16)

اختصاص طب الأسرة والمجتمع

- أ.د. سعد حجازي (1)
- أ.د. عنعان عباس (1)
- أ.د. فاروق شخاعة (1)
- أ.د. رائدة القطب (1)
- أ.د. عبد القادر محمد الهادي (2)
- أ.د. شوقي عبد الله أمين (3)
- أ.د. فيصل عبد اللطيف الناصر (3)
- أ.د. نور الدين عاشور (4)
- أ.د. ندى صالح جبار الناصر (5)
- أ.د. جمال صالح جبار الله (5)
- أ.د. بهاء أبا الخيل (5)
- أ.د. عدنان بن أحمد البار (5)
- أ.د. نبيل محمد ياسين القرشي (5)
- أ.د. سمير صبان (5)
- أ.د. كامل ميريغي (6)
- أ.د. الصافي محبوب الطيب (6)
- أ.د. عباس مختار (6)
- أ.د. عبد الكريم الفكي (6)
- أ.د. محمد الفلاح علي (6)
- أ.د. أحمد ديب دناش (7)
- أ.د. محمد سعيد الصواف (7)
- أ.د. صباح عبد الله العبيدي (8)
- أ.د. صومع الدباغ (8)
- أ.د. أمجد نيازي (8)
- أ.د. قيس ظاهر حبيب (8)
- أ.د. علي جعفر محمد (9)
- أ.د. يوسف علوم أبو الفين (10)
- أ.د. منصور صرخوه (11)
- أ.د. مصطفى خولي (12)
- أ.د. مازن محمد نصير (12)
- أ.د. نديم كرم (12)
- أ.د. حسان عوضا (12)
- أ.د. محمد محمد البكوش (13)
- أ.د. محمد صالح معالي (13)
- أ.د. عمر السوداني (13)
- أ.د. شفيقة صالح حسن ناصر (14)
- أ.د. ناهد كامل (14)
- أ.د. فكري إبراهيم نور الدين (15)
- أ.د. جاي جاوود (15)
- أ.د. دريسي عبد السلام (15)
- أ.د. عبد الله سعيد حطاب باحطاب (16)
- أ.د. علي محمد الصبري (16)

اختصاص الطب النسائي

- أ.د. جلال قردن (1)
- أ.د. محمود أبو دنون (1)
- أ.د. نظام أبو حجلة (1)
- أ.د. توفيق دراكه (2)
- أ.د. علي محمد مطر (3)
- أ.د. محمد فخر الدين الحفاني (14)
- أ.د. عبد الله السبيعي (5)
- أ.د. خليل إبراهيم القويطي (5)
- أ.د. عبد اللال الإدريسي (6)
- أ.د. طه بعشر (6)
- أ.د. علي محمود أحمد السبيسي (5)
- أ.د. مبارك بن فهد آل فاران (5)
- أ.د. عبد الرحمن الغنيان (5)
- أ.د. عدنان محمد حامد المروقي (5)
- أ.د. عبد الله العويضي (5)
- أ.د. كامل محمد عبد الله (6)
- أ.د. تاج الدين عبد اللطيف (6)
- أ.د. سر الختم عمر ثابت (6)
- أ.د. الهادي أحمد الشيخ (6)
- أ.د. جوزيف قرح (7)
- أ.د. فؤاد أنطون (12)
- أ.د. نديم إبراهيم زحلقو (7)
- أ.د. أروى العظيمة (7)
- أ.د. محمد سليم الخطيب (7)
- أ.د. إلي قرح (7)
- أ.د. معبد عبد الحميد الفشن (8)
- أ.د. ماجد سليمان (8)
- أ.د. عمر نجيب القويطي (8)

اختصاص الأمراض الجلدية

- أ.د. محمد شرف (1)

- أ.د. عارف بطاينة (1)
- أ.د. مكرم فرح اسحق (1)
- أ.د. محمود عمرو (1)
- أ.د. مأمون شقة (2)
- أ.د. عفاف الشافعي (3)
- أ.د. خليل رجب (3)
- أ.د. هالة الشلي (4)
- أ.د. عبد العزيز المشاري (5)
- أ.د. محمد هشام السباعي (5)
- أ.د. سليمان عودة العودة (5)
- أ.د. عبد الله باسلامة (5)
- أ.د. عبيد حمز مرزوق الحربي (5)
- أ.د. القوي عبد الرحيم (6)
- أ.د. هاشم عبد الرحمن (6)
- أ.د. عمر أحمد ميرغني (6)
- أ.د. محمد أحمد أبو سلب (6)
- أ.د. محمد أنور القزرا (7)
- أ.د. صلاح شيخة (7)
- أ.د. بشير ناصيف (7)
- أ.د. عبيد حمز مرزوق الحربي (7)
- أ.د. إبراهيم حق (7)
- أ.د. قيس عبد الحميد كبة (8)
- أ.د. سمرند خودة (8)
- أ.د. نوال بهجت قطان (8)
- أ.د. ندى صالح جبار الناصر (8)
- أ.د. سحرية بن عامر سلطان (9)
- أ.د. عنعان عصام عبد القادر (10)
- أ.د. حليلة التميمي (10)
- أ.د. عبد الرزاق الدعواني (11)
- أ.د. جوزيف عود (12)
- أ.د. كرم كرم (12)
- أ.د. غسان الحاج (12)
- أ.د. محمد ميقاتي (12)
- أ.د. أبو عجيبة عكر (13)
- أ.د. إبراهيم أحمد المنصور (13)
- أ.د. علي طليان خلف الله (14)
- أ.د. عبد الحميد بدوي (14)
- أ.د. محمد رائف الشافعي (14)
- أ.د. أحمد حاتم صفاتني (14)
- أ.د. شمسان محمد مساح (14)
- أ.د. محمد صالح القباطي (16)

اختصاص الجراحة

- أ.د. إبراهيم بني هاني (1)
- أ.د. أكرم الشناق (1)
- أ.د. علي أكبر مراد (1)
- أ.د. أحمد شيخ سروجية (1)
- أ.د. عادل صالح الشريدة (1)
- أ.د. السيد جعفر آل شرف (2)
- أ.د. عبد الوهاب محمد عبد الوهاب (3)
- أ.د. محمد توفيق هويسة (4)
- أ.د. ياسر صالح جمال (5)
- أ.د. مساعد بن محمد سلمان (5)
- أ.د. محمد سراج أبشر (5)
- أ.د. نايف إبراهيم العواد (5)
- أ.د. عبد الحليم بكر ججوم (5)
- أ.د. عدنان مفتي (5)
- أ.د. محمد حسن مفتي (5)
- أ.د. مأمون قرملي (5)
- أ.د. عبد اللطيف عبد العزيز العرفج (5)
- أ.د. سعد بن اسعد طه (5)
- أ.د. إبراهيم بن محمد الهدان (5)
- أ.د. محمد المكي أحمد عبد الله (6)
- أ.د. حسن خلف الله (6)
- أ.د. عثمان طه محمد عثمان (6)
- أ.د. عبد الناصر مساعد (6)
- أ.د. خالد عبد الله (6)
- أ.د. محمد معاوية عبد الهادي (7)
- أ.د. سامي القباني (7)
- أ.د. سهيل سمعان (7)
- أ.د. عصام عجيلي (7)
- أ.د. عمر المأمون (7)
- أ.د. محمد فوزي الشامي (7)
- أ.د. محمد زكي الشماخ (7)
- أ.د. هشام بكاش (7)
- أ.د. محمد حسن قطرميز (7)
- أ.د. معد محمود سلمان (8)
- أ.د. سهيل عبد الرحمن صالح (8)
- أ.د. هشام محمد رؤوف الدوري (8)
- أ.د. عثمان محمد مكي (8)
- أ.د. عبد الهادي الخليلي (8)
- أ.د. محمد علي جعفر اللواتي (9)
- أ.د. محمد علي الحرمي (10)
- أ.د. عبد الله عيسى بيهياني (11)
- أ.د. محمد سعد المنيع (11)
- أ.د. بدير فرح (12)
- أ.د. جابر محمود شوكت العباس (12)

اختصاص طب الأنف

- أ.د. عبد الكريم القضاة (1)
- أ.د. سمير غالب الفاغوري (1)
- أ.د. محمد علة الرواشدة (1)
- أ.د. عبد القادر الشمايلة (1)
- أ.د. محمود فتح الله (2)
- أ.د. عبد الله إبراهيم الخياط (2)
- أ.د. يوسف محمد عبد الرزاق (2)
- أ.د. أكبر محسن محمد (3)
- أ.د. عبد الجبار العباسي (3)
- أ.د. عبد المحسن السويلم (5)
- أ.د. عبد الرحمن صالح الفريح (5)
- أ.د. عمرو حسين العامودي (5)
- أ.د. خالد عمران العمران (5)
- أ.د. عبد اللطيف القرائني (5)
- أ.د. محمد يونس يعقوب جان (5)
- أ.د. جعفر بن عوف (6)
- أ.د. محمد سر الختم عبد السلام (6)
- أ.د. متولي عبد المجيد حسن (6)
- أ.د. حسن محمد أحمد (6)
- أ.د. هاني مرتضى (7)
- أ.د. أنيب مطر (7)
- أ.د. زياد شويكي (7)
- أ.د. هشام عبد المجيد حوراني (7)
- أ.د. إبراهيم جبار الناصر (8)
- أ.د. عبد الغني زغير الراوي (8)
- أ.د. حسام الدين الجرموكي (8)
- أ.د. نجم الدين الزورناجي (8)
- أ.د. صالح بن محمد الخصمي (9)
- أ.د. غالية محمد آل ثاني (10)
- أ.د. قصي الصالح (11)
- أ.د. منيب حلواني (12)
- أ.د. محمد ميقاتي (12)
- أ.د. ريمون ميخائيل (12)
- أ.د. كارلو أكتشاريان (12)
- أ.د. روبر صاخي (12)
- أ.د. عبد المطلب بن موسى (13)
- أ.د. أصميدة حسن أصميدة (13)
- أ.د. عبد اللطيف شعبان (13)
- أ.د. جيلان عبد الحميد عثمان (14)
- أ.د. علي منصور الشافعي (16)

اختصاص الأمراض الباطنة

- أ.د. مصطفى الشناق (1)
- أ.د. منيب سليمان أيوب (1)
- أ.د. علي أكبر مراد (1)
- أ.د. الهادي بن معيز (4)
- أ.د. البشير المكنيني (4)
- أ.د. منصور الزهدة (5)
- أ.د. سراج عبد الغني ميرة (5)
- أ.د. حسن يوسف الإدريسي (5)
- أ.د. إبراهيم الطعيمي (5)
- أ.د. فهد عبد العزيز المهنا (5)
- أ.د. محمد سراج أبشر (5)
- أ.د. عثمان خلف الله سعيد (6)
- أ.د. الجزولي دفع الله العلقب (6)
- أ.د. مكي الأزهر (6)
- أ.د. سلوى الشيخ (7)
- أ.د. ليون فهد (7)
- أ.د. علي سعدة (7)
- أ.د. علي درويش (7)
- أ.د. زياد درويش (7)
- أ.د. مازن مصري زادة (7)
- أ.د. نبيل عسة (7)
- أ.د. رافع محمد خليل الراوي (8)
- أ.د. سركيس كريكورسترك (8)
- أ.د. خالد عبد الله (8)
- أ.د. قصي جمال الخياط (8)
- أ.د. غازي بن عمر الزبيدي (9)
- أ.د. بزدي محمد الريامي (9)
- أ.د. سعد الكعبي (10)
- أ.د. ياسل القتيب (11)
- أ.د. نبيل شمس الدين (12)
- أ.د. سمير عطوي (12)
- أ.د. غادة الحاج (12)
- أ.د. سمير ملاط (12)
- أ.د. روبر شاهين (12)
- أ.د. أنيس الغرياني (13)
- أ.د. صلاح الدين السنوسي قريو (13)
- أ.د. عصام سليمان خضن (14)
- أ.د. عبد الله بناني (15)
- أ.د. ثابت محسن ناشر (16)
- أ.د. محمد الحريبي (16)

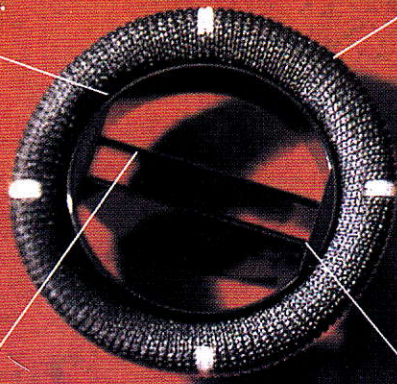
اختصاص الولادة وأمراض النساء

- أ.د. عبد الله عيسى (1)

Complete range of sizes provides flexibility for varying patient anatomies.

Unique sewing cuff is easy to suture and with commissural markers facilitates implantation.

Titanium stiffening ring provides structural integrity and prevents orifice deformation.



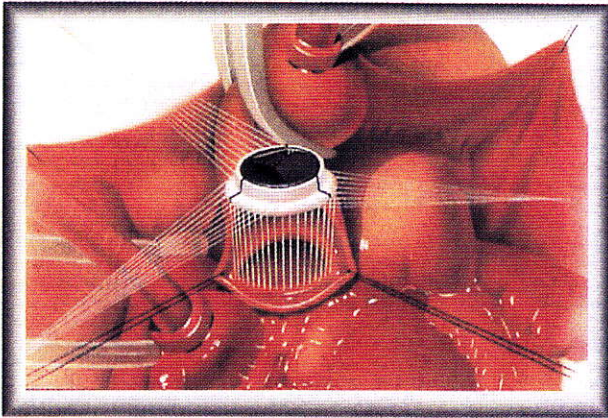
Rotatability allows ease of implantation and optimal orientation.

Leaflet angles of up to 78° provide excellent flow and low regurgitation.

Advanced pivot design allows controlled washing.

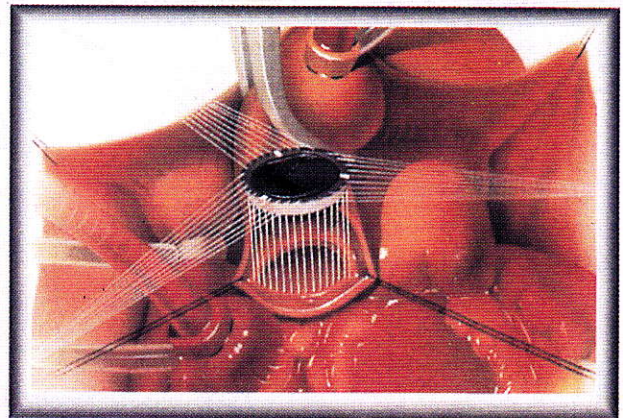
Excellent radiographic visibility.

SULZER MEDICA



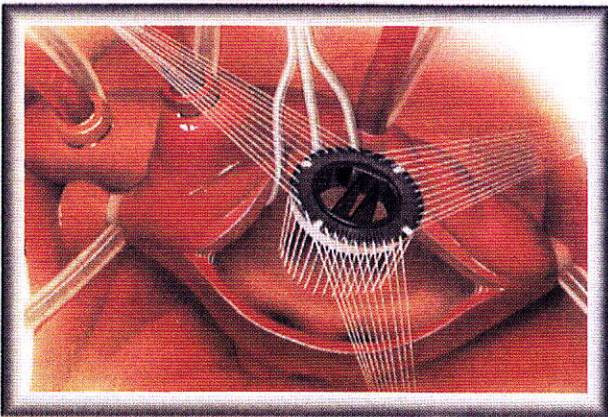
"TOP HAT"™ SUPRA-ANNULAR AORTIC VALVE

The FIRST bileaflet mechanical valve designed for supra-annular placement. It provides a potential 60% increase in valve flow area and a 65% reduction in pressure gradients. With no valve structure in the annulus, it is ideal for multiple valve procedures.



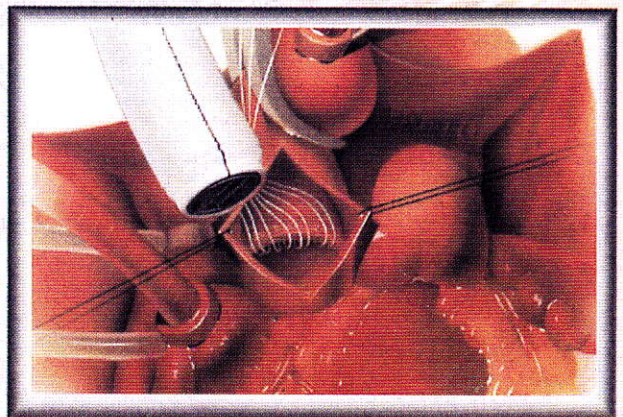
REDUCED "R" SERIES AORTIC VALVE

With a smaller outer cuff diameter, the "R" series valve provides a more effective flow area. It is also true-sized to eliminate sizing conflicts and downsizing.



CARBO MEDICS PROSTHETIC HEART VALVE-MITRAL

The soft, pliant sewing cuff of the mitral valve is easily sutured to form a seal around the native annulus. The unique form, easy rotation and intra-annular placement prevent interference with leaflets.



CARBO-SEAL® ASCENDING AORTIC PROSTHESIS

Featuring a unique gelatin impregnation, it provides true zero pre-clot. The twill woven fabric creates a "floating yarn" construction that enhances tissue incorporation and softens the graft, making it easier to handle.

وكالة التجهيزات الطبية
هاشم وشركاه

دمشق - صالحيية - ساحة وزارة المواصلات
تلفون ٣٣١٢٥٣٠ - ٣٣١٢٥٣١ - فاكس ٣٣١٢٥٣٣



مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية

مجلة طبية دورية محكمة تعنى بكافة الاختصاصات الطبية
تصدر كل ثلاثة أشهر

محتويات العدد

كلمة التحرير

الشيخوخة والعجز، والمجتمع

الدكتور مفيد الجوخدار

رئيس هيئة التحرير، الأمين العام للمجلس العربي للاختصاصات الطبية ص 8 ع

دور عبور الغلوبولين المناعي G للمشيمة كعامل محتمل في فقدان الحمل وبدء المخاض

د. قيس كبة، د.خالدة الموسوي، د. هدى العاني..... ص 13 ع

الالتهاب الوعاني الحبيبي لوانغر والحبيوم المमित للخط الناصف للوجه

د. صلاح منصور، د. أنطون نعمة، د. نبيل مكرزل، د. فادي يامين، د. أالين مخير..... ص 17 ع

النزف المهلي عند الأطفال: دراسة 6 سنوات في الأردن

د. عيد النبي البدور، د. سالم الرواحنة..... ص 20 ع

الأجسام الغريبة في القصات الهوائية لدى الأطفال السودانيين

د. عثمان محمد المصطفى..... ص 23 ع

استئصال المثانة الجذري مع تصنيع مثانة ومفاغرتها مع الإحليل

د. إبراهيم يرغوث..... ص 24 ع

النزف بعد سن الضهي في ليبيا، دراسة للعوامل المؤهبة وآفات المصاحبة

د. فريحة بوزقية..... ص 35 ع

أنماط الفطار الأذني عند المرضى السودانيين

د. عثمان محمد المصطفى، د. نفيسة أحمد الماحي..... ص 38 ع

الانسداد القصي الولادي: تشوه نادر يمكن أن يختلط بالورم القصي

د. خالد الداود..... ص 41 ع

تقرير حالة طبية

من تراثنا الطبي

من أعلام الأطباء العرب: أبو القاسم الزهراوي ص 42 ع

ملخصات طبية مختارة ص 43 ع

أخبار وأنشطة المجلس العربي للاختصاصات الطبية ص 90 ع

الأستاذ الدكتور مفيد الجوخدار

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

الشيخوخة والعجز، والمجتمع

في أكثر هذه البيوت شهرة وكلفة مادية.
3- الآمال التي تحملها لنا الألفية الثالثة بمعالجات جديدة بوسائل جديدة تهدف إلى الوقاية قبل العلاج.

4- القتل الرحيم، ولا نزال نسمع عن ممارسة هذا الطبيب الذي يسهل الموت للمصابين بالأمراض العضالة التي لا شفاء منها، ولا يمكن للشرائع السماوية أو الوضعية أن تتقبل هذه الممارسة البعيدة كل البعد عن الرحمة والإنسانية وعن رسالة الطب النبيلة.

إن الغاية والهدف الأمثل للطبيب الحفاظ على حياة مرضاه والعمل على شفائهم بكافة الوسائل، أما إذا تعذر ذلك فعليه أن يساعد مريضه بأن يقضي ما تبقى من حياته بكرامة ومن دون ألم ولا معاناة. قال الله في كتابه العزيز: "من قتل نفساً بغير نفس أو فساد في الأرض فكأنما قتل الناس جميعاً، ومن أحياها فكأنما أحيا الناس جميعاً" (صدق الله العظيم).

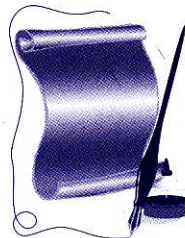
الحل كان معنا دائماً وأضعناه في خضم ما يسمى بالمدنية الحديثة، وهو العودة إلى الجذور، والعودة إلى تقاليدنا العريقة وإلى نظام الأسرة حيث يرحم الكبير الصغير، ويوقر الصغير الكبير، وتتضافر الأسرة جميعاً عند الشدائد والنوائب، ويقدمون لمريضهم العناية والرأفة والرحمة، وهذه لا تقدمها المشافي ولا أي دار من دور المسنين، ويبقى المريض ضمن الأسرة التي أحياها وأحبته.

شهدت العقود الماضية تقدماً كبيراً في كافة العلوم ومنها العلوم الطبية، إذ تقدمت وسائل التشخيص والعلاج، وحدث تقدم هائل في الطب الوقائي، وارتفع الدخل المتوسط، وتحسن مستوى الحياة، وقد أدى ذلك كله إلى ارتفاع متوسط العمر بما فيه من إيجابيات وسلبيات. ونتيجة لذلك، ارتفع عدد المتقاعدين والمسنين خاصة في الدول الصناعية، وأصبح سن الستين للتقاعد لا يتناسب مع هذه المعطيات، وازدادت أمراض الشيخوخة والأمراض المعقدة العضالة التي لا شفاء منها، وناعت الموارد حتى موارد الدول الأغنى، بمواجهة هذا العبء الهائل.

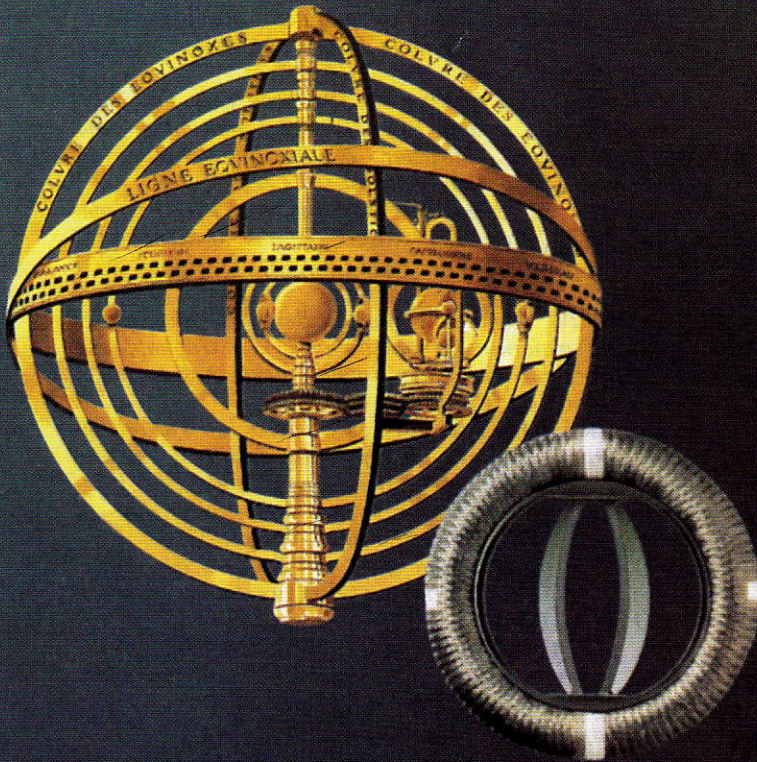
وهنا نتساءل ما هو الحل؟، الحل الذي يناسب كافة المجتمعات، والذي يرد الدين إلى هؤلاء الذين قضوا زهرة عمرهم بالعمل والعطاء، حتى لا نركنهم إلى هامش الزمن، وحتى نحافظ على كرامتهم وإنسانيتهم حتى الثانية الأخيرة من حياتهم.

1- زيادة عدد الأسرة في المشافي العامة والخاصة، وهو عبء مادي كبير لن تتحمله الدول ولا شركات التأمين ولا الأهل، ويشغل أسرة المشافي بحالات مرضية متقدمة لا شفاء منها.

2- بيوت الاستشفاء للمسنين، وهو من الحلول الموجودة لدى أكثر الدول الصناعية، ولكن هل الحل أن تعزل المسن عن المجتمع؟، وأن يخالط دائماً فئة معينة من الناس مما يسهم في تدهور ملكاته العقلية، ناهيك عن الإهمال الطبي الموجود حتى



B I C A R B O N TM



WE TAKE RESEARCH TO HEART

SORIN BIOMEDICA

وكالة التجهيزات الطبية
هاشم وشركاه
دمشق - صالحيية - ساحة وزارة المواصلات
تلفون ٣٣١٢٥٣٠ - ٣٣١٢٥٣١ - فاكس ٣٣١٢٥٣٣

MINISWING DR 1

- ▶ Unique gravimetric acceleration sensor providing rate adaptation closely correlated to patient's needs.
- ▶ Highly refractory to non physiological signals (e.g. vibrations).
- ▶ Unique and automatic "Rest Mode" providing a physiological rate reduction at rest.
- ▶ Independently programmable atrial and sensor upper rates.
- ▶ Programmable time at atrial upper rate.
- ▶ Effective algorithms for PMT interruption and PVC protection.
- ▶ Adaptive AV delay.
- ▶ Automatic blanking selection.
- ▶ Pacing and/or sensing polarities independently programmable in both chambers.
- ▶ Automatic pacing and sensing threshold assessment.
- ▶ Reduced size (31 g) increased lifetime/volume ratio due to improved circuit efficiency



MINISWING DR1
(ICV0221)
MINISWING DR1 Coated
(ICV0079)

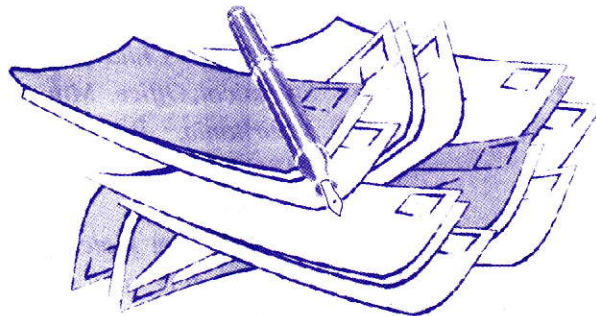
maternal immunologic relationship throughout pregnancy was maintained by the shielding role of blocking antibodies binding to the trophoblastic tissue. These antibodies were found to be of the IgG type directed mainly against class II MHC products of fetal tissue.² It is possible that any alteration of this suppressant activity near term might well result in the increased recognition of trophoblastic tissue by the maternal immune system.¹⁷ Other workers have speculated on the process of placental aging near term. An excessive number of fetal antigens may become exposed to the maternal circulation near term so that the various protective factors can no longer maintain a privileged association. The expected result would be immune rejection and termination of the pregnancy and initiation of labor.¹⁰

CONCLUSION

Higher IgG deposition was found in placental tissue as pregnancy advanced. When IgG deposition is highest, labor starts. This may suggest a role for trophoblastic IgG in the initiation of labor.

REFERENCES

1. Casey ML, MacDonald PC. Bimolecular processes in the initiation of parturition. Decidual activation. *Clin Obstet Gynecol* 1988;31:533.
2. Rocklin RE, Kitsmiller JL, Kayem D. Immunology of maternal-fetal relationship. *Annu Rev Med* 1979;30:375-404.
3. Ivan Roitt. *Essential immunology*, 6th Edition. The immunological relationship of mother and fetus. 1988:230-31.
4. Griffiths GD, Kershaw D, Booth AG. Rabbit peroxidase-antiperoxidase complex (PAP) as a model for the uptake of IgG by the human placenta *Histochem J* 1985;17:867-81.
5. Sidirropoulos D, Herrman U, Morell A, Von Muvalt G, Brandun S. Transplacental passage of intravenous immunoglobulin in the last trimester of pregnancy. *J Pediatr*. 1986;109:505-8.
6. Bright NA, Ockleford CD, and Anewar M. Ontogeny and distribution of Fc Y receptors in the human placenta. Transport or immune surveillance? *J Anat* 1994;184:2967-308.
7. Morphis and Gitlin D. Maturation of materno-fetal transport system for human YG in the mouse. *Nature* 1970;228:573.
8. Johnson PM, Natving JB., Ystehede UG, Falk WP. Immunological studies of human placentas, the distribution and character of immunoglobulins in chorionic villi. *Clin Exp Immunol* 1977;30:145-53.
9. Gibbs RS, Sweet RL. Maternal and fetal immune system. In: Creasy RK, Resnik R eds. *Maternal-fetal medicine, principles and practice*. Philadelphia. WB Saunders, 605, 1984.
10. Akin JW, Conover WB and De Persit PD. Increasing quantity of maternal immunoglobulin G in trophoblastic tissue before the onset of normal labor. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162:1154-57.
11. Al-A'ani HA, Mousawy KH, Kubba K. The role of transplacental passage of immunoglobulin G in the initiation of labor. MD thesis submitted to the Iraqi commission of the requirements for fellowship of specialization in obstetrics and gynecology. 1997.
12. Regan L in Bred RW and Sharp S eds. *Early pregnancy loss, mechanisms and treatment*, London RCOG 1988:27-36.
13. Jalali GR, Underwood JL, and Mowbary JF. IgG on normal human placenta is bound both to antigen and Fc receptors. *Transplant Proc* 1989;21:572-74.
14. Gray W, Wood KB, and Barbara J. Detection of IgG bound within human trophoblast. *J Immunol* 1989;129:1479-84.
15. Leach L, Bruan MD, First AJ and Solif C. Immunogold localization of endogenous IgG in the ultrathin frozen sections of the human placenta. *Cell Tissue Res* 1989;257:603-7.
16. Leach L, Eaton BM, Firth JA, Contactor SF. Uptake and intracellular routing of peroxidase conjugated IgG by the perfused human placenta. *Cell Tissue Res* 1990;261:383-88.
17. Daya S, Rosenthal KL, Clark DA. Immunosuppression factor CD produced by decidua associated suppression cells; a proposed mechanism for fetal allograft survival. *Am J Obstet and Gynaecol* 1987;156:344-50. ■



Gestational Age (Weeks)	Spontaneous N.V.D. Immunofluorescent Score of IgG				Elective C.S Immunofluorescent Score of IgG			
	1 No./ %	2 No./ %	3 No./ %	4 No./ %	1 No./ %	2 No./ %	3 No./ %	4 No./ %
37	1=1.6%	3=4.9%	0=0%	0=0%	9=15%	4=6.7%	0=0%	0=0%
38	1=1.6%	7=11.3%	7=11.3%	4=6.4%	10=16%	21=35%	7=11.8%	1=1.6%
39	0=0%	3=4.9%	11=18%	21=34%	1=1.6%	3=5%	3=5%	1=1.6%
40 & Over	0=0%	0=0%	0=0%	4=6.4%	0=0%	0=0%	0=0%	0=0%

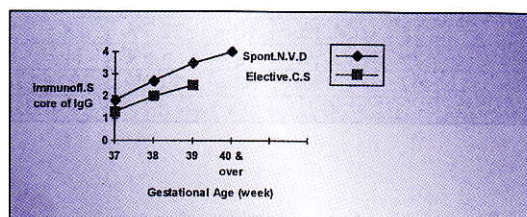
Table 2A The distribution of cases in both spontaneous normal vaginal delivery and elective Caesarean section groups according to gestational age groups (weeks) and immunofluorescent scores of IgG deposition

Gestational Age (weeks)	Spontaneous N.V.D		Elective C.S		P-Value
	Total No. / %	Immunofluor. Score Mean +/- SEM	Total No. / %	Immunofluor. Score Mean +/- SEM	
37	4=6.5%	1.8 +/- 0.3	13=21.7%	1.3 +/- 0.1	< 0.05
38	19=30.6%	2.7 +/- 0.2	39=65%	2 +/- 0.1	< 0.001
39	35=56.5%	3.5 +/- 0.1	8=13.3%	2.5 +/- 0.3	< 0.001
40 & Over	4=6.4%	4	0=0%	0	/
Total	62=100%	3.2 +/- 0.1	60=100%	1.9 +/- 0.1	< 0.0001

Table 2B The relation between immunofluorescent scores of IgG deposition and gestational age (weeks) in spontaneous delivery and elective Caesarean section groups.

*Correlation coefficient for spontaneous deliver, $r=0.6$, $P<0.001$

*Correlation coefficient for elective Caesarean, $r=0.4$, $P<0.001$



Graph 2 The relation of gestational age (weeks) in both spontaneous normal vaginal delivery and elective Caesarean section groups and immunofluorescent scores of IgG deposition

DISCUSSION

Considerable amounts of IgG have been detected in the placentas by various methods using different techniques.^{5,6,12,15} The present study confirms these findings using a locally modified direct immunofluorescent technique. The procedure includes the use of tissue fixatives such as Triton X 100 and 3% formaldehyde with several washings with PBS (pH 7.3) followed by using antihuman IgG (FITC) as an indicator of IgG deposition in trophoblastic tissue. Scoring was done by 3 independent observers according to the density and

distribution of immunofluorescent stain of the deposited IgG.¹¹ This trophoblastic-bound IgG was found to be of maternal origin crossing the placental barrier through Fc receptors on the syncytiotrophoblast.^{8,15} The increment in IgG deposition found with increasing gestational age could be due to a rapid increase in the syncytiotrophoblastic activity or to the development of Fc receptors specific for IgG transport after the mid-trimester.^{5,7} Akin reported in 1990 that trophoblastic-bound IgG increased throughout the third trimester. There was an abrupt and significant increase of placental IgG at 32 weeks of gestation with a second significant rise at 40 weeks of gestation.¹⁰ In the present study, it has been found that the placentas of women who started labor spontaneously contained a significantly denser deposition of IgG than women of the same gestational age who had not gone into labor. This finding was also reported by Akin in his study of trophoblastic IgG at various gestational ages in normal vaginal and cesarean deliveries using the P-A-P method (peroxides-antiperoxidase).¹⁰ Some workers have suggested that uterine contractions provide a final boost to the acquisition of maternal IgG by the fetus. Other workers found that the fet-



INTRODUCTION

Although the exact metabolic and endocrine pathways that play a role in the initiation of labor are not yet fully delineated, many theories, including an immunological basis for parturition, have been proposed.¹ Immunologists view parturition as a process that has many similarities to immune rejection, i.e. the termination of an immunologic tolerance between the fetus and the mother.^{2,3} It is well established that all maternal IgG subclasses and allotypes cross the human placental barrier during pregnancy, but there is little if any transfer of IgM or IgA.^{4,5,6} Antibody transport across the placenta increases sharply after the 22nd week of gestation.^{5,7,8} An abrupt and significant increase in cord and placental IgG level occurs at 32 weeks of gestation with a second rise at approximately 40 weeks of gestation.^{5,9,10} In this study, an attempt was made to clarify the role of transplacental passage of IgG in the initiation of labor using a locally modified direct immunofluorescent technique.

MATERIALS AND METHODS

Pregnant women attending a large university hospital maternity clinic in Baghdad between November 1995 and August 1996 were placed into two groups and enrolled in a prospective study. The first group included 62 healthy pregnant women who went into labor spontaneously and had normal vaginal deliveries. The second group consisted of 60 pregnant women whose pregnancies were terminated for mechanical reasons before the spontaneous onset of labor with elective Caesarean sections. Only normal, singleton pregnancies of not less than 37 completed weeks of gestation as confirmed by early ultrasound and by examination were selected. Women were excluded if they had a history of diabetes mellitus, hypertensive disorders of pregnancy, Rh isoimmunization or any recent infection (e.g. hepatitis). Three cm blocks of tissue were obtained from a central cotyledon of placenta. These were sectioned using a cryostat at -30°C at a thickness setting of 4 microns. Slides were stained with a locally modified direct immunofluorescent technique using tissue fixatives Triton X 100, formaldehyde, and antihuman IgG as an indicator.¹¹ Examination of the slides under immunofluorescent microscope was carried out by 3 independent observers.; The density of the immunofluorescent staining was quantified on a scale of 1-4 on the basis of the most heavily stained regions as described elsewhere.¹⁴ Photographs were obtained with a built

in computerized camera in the College of Science, Baghdad University in Al-Jadria.

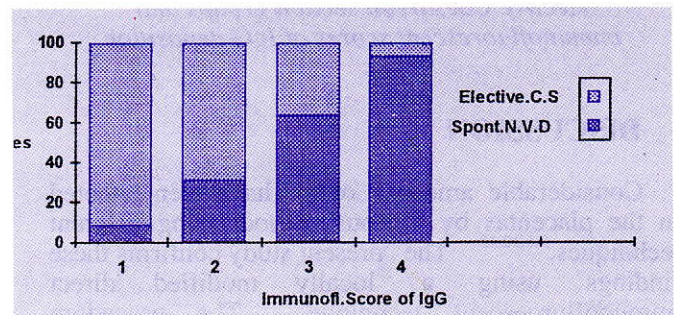
Two types of statistical tests of significance were used in the data analysis. The student t test was used to compare the differences of the means. Regression correlation was used to determine the correlation coefficient (r) with its special t test of evaluation.

RESULTS

The immunofluorescent scores of IgG deposition were found to be higher in the placentas of women delivered by spontaneous vaginal delivery than in those delivered by elective Caesarean section (3.2 0.1) vs. (1.9 0.1), $P < 0.0001$ as shown in Table 1, Graph 1. Linear regression revealed a significant increase in IgG deposition with advancing gestational age for both groups. This could be seen more clearly as a gradual increase in spontaneous normal vaginal delivery cases as demonstrated in Table 2B, Graph 2. ($r=0.6$ vs. $r=0.4$, $P < 0.001$)

Immunofluo. Score	Spontaneous NVD No. %	Elective C.S No. %	Total No. / %
1	2 = 9.1%	20 = 90.9%	22 = 100%
2	13 = 31.7%	28 = 68.3%	41 = 100%
3	18 = 64.3%	10 = 32.7%	28 = 100%
4	29 = 93.5%	2 = 6.5%	31 = 100%
Total	62 = 50.8%	60 = 49.2%	122 = 100%
Mean +/- SEM	3.2 +/- 0.1	1.9 +/- 0.1	$P < 0.0001$

Table 1 The relation between cases of spontaneous normal vaginal delivery and cases delivered electively by Caesarean section according to immunofluorescent scores of IgG deposition in trophoblastic tissue



Graph 1 The relation between percentage of cases in both spontaneous normal vaginal delivery and elective Caesarean groups and immunofluorescent scores of IgG



TRANSPLACENTAL PASSAGE OF IgG AS A POSSIBLE FACTOR IN PREGNANCY LOSS AND INITIATION OF LABOR

دور عبور الغلوبولين المناعي G للمشيمة كعامل محتمل في فقدان الحمل وبدء المخاض

Kais Kubba, M.D.; Khalida Al-Moussawi, M.D.; Huda Al-Ani, M.D.

د. قيس كبة، د. خالدة الموسوي، د. هدى العاني

ABSTRACT

Objective: To study the role of the transplacental passage of IgG in the initiation of labor or pregnancy loss.**Materials and Methods:** 62 women with spontaneous normal labor and 60 with elective Caesarean section at a large university hospital in Baghdad, Iraq were placed in a prospective study. Sections of the placenta were prepared with a cryostat at 30°C, stained with a locally modified direct immunofluorescent technique, and studied with an immunofluorescent microscope to determine the density of IgG deposition. The density was then quantified on a scale of 1-4.**Results:** Immunofluorescent scores of IgG deposition in trophoblastic tissue were higher in cases of spontaneous labor (3.2 0.1) than in cases delivered electively before the onset of spontaneous labor (1.9 0.1, $P < 0.0001$). Linear regression revealed a significant increase in antibody deposition with advancing gestational age in both groups, being more clear in the spontaneous labor than in the elective Caesarean section group ($r = 0.6$, $Vs r = 0.4$, $P = 0.001$).**Conclusion:** Higher IgG deposition was found in placental tissue as gestational age advanced. At the point of highest IgG deposition, labor began. This may suggest a role for transplacental IgG in the initiation of labor or earlier pregnancy loss.

ملخص البحث

الهدف: دراسة دور عبور الغلوبولين المناعي خلال المشيمة في ابتداء المخاض وفقدان الحمل.**المجموعة المدروسة وطريقة الدراسة:** تألفت المجموعة الأولى من 62 ماضاً ولدت ولادة طبيعية، وضمت المجموعة الثانية 60 ماضاً أجري لهن عمليات قيصرية اختيارية قبل الموعد المتوقع للولادة في المستشفى الجامعي لكلية صدام الطبية، ومستشفى صدام للولادة في بغداد - العراق.

حضرت مقاطع المشيمة باستخدام مضبط الحرارة الخفيفة عند درجة 30 مئوية، ولونت باستخدام تقنية الوامض المناعي المباشر المعدل موضعياً.

تمت الدراسة بالمجهر الومضاني من أجل تحديد كثافة راسب الغلوبولين المناعي G، ثم قيست كمية الكثافة على مقياس 1-4.

النتائج: - كانت نقاط الومضان المناعي لراسب الغلوبولين G في النسيج الاغتذائي (السديمي) أعلى لدى حالات الولادة الطبيعية (3.2 ± 0.1) منها لدى الحالات التي تمت فيها الولادة بشكل اختياري قبل بدء المخاض الطبيعي.

- بين التراجع الخطي زيادة واضحة في راسب الأجسام المضادة مع تقدم عمر الحمل لدى كلتا المجموعتين، وقد كان أكثر وضوحاً لدى مجموعة الولادة الطبيعية مقارنة مع المجموعة الثانية.

الخلاصة: يزداد وجود الغلوبولين المناعي G في النسيج المشيمي بازدياد عمر الحمل، ويبدأ المخاض عند بلوغه المستوى الأعلى، مما قد يشير إلى دور الغلوبولين المناعي G العابر للمشيمة في ابتداء المخاض وفقدان الحمل المبكر.

* Kais Kubba; Huda Al-Ani, Department of Obstetrics and Gynecology, Saddam University, Baghdad, Iraq.

* Khalida Al-Moussawi, Department of Microbiology, Baghdad University.

Peripheral T cell lymphomas possess an extremely heterogeneous histological appearance. In good quality biopsy material, there should be an abundance of atypical lymphocytes, which show positive immunohistochemical reactivity to T cell markers. Histologically, the infiltrates are polymorphic, and atypical cells tend to be arranged in a necrotizing angioinfiltrative growth pattern. Granulomas and giant cells are not present in T cell lymphomas; however, thrombosis and necrosis are common findings.⁵ In the case of Wegener's granulomatosis, pathologic findings are more specific for the disease. The main histologic features include: vasculitis with fibrinoid vascular necrosis, granulomas, and multinucleated giant cells.

The treatment of nasal T cell lymphoma is based primarily on radiation therapy with doses up to 60 Gy or more needed to achieve local disease control.⁶ Recurrence or the development of disseminated lymphoma worsens the prognosis, and it is possible that chemotherapy may be advocated with further experience in the high grade lesions.⁶

The treatment of Wegener's granulomatosis is based primarily on steroids and cytotoxic drugs (methotrexate, cyclophosphamide). A five year remission is obtained in about 90% of cases.³ Disease control is monitored with ESR and c-ANCA.^{3,7} Generally both tests change in a parallel manner; however, if the ESR returns to normal with increased levels of c-ANCA, this is a bad prognostic sign. Unfortunately, despite a good initial response, the patient may experience a recurrence after the cessation of treatment. In these cases, the c-ANCA level will rise even before there are clinical manifestations. Localized cases of Wegener's granulomatosis and cases resistant to previous medications may well respond to the regimen of trimethoprim-sulfamethoxazol.^{8,9}

In reviewing the features of both Wegener's granulomatosis and nasal T cell lymphoma (LMG type), it should be noted that the first is a systemic disease while the second is localized. While there is intranasal destruction of bone and cartilage in some patients with Wegener's granulomatosis, there are none of these gross destructive changes of the mid-facial skeleton seen in T cell lymphomas. The etiology of Wegener's granulomatosis remains unknown. It may represent a form of hypersensitivity reaction with an immune response to an unknown stimulus. A study of vascular lymphoid infiltrates in

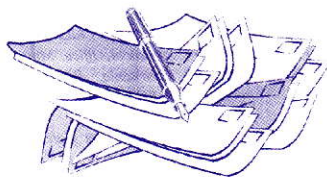
a patient with Wegener's granulomatosis showed T cells and monocytes to be predominant, implying a cellular rather than humoral process.¹⁰ This observation raises the question of a possible correlation between Wegener's granulomatosis and other T cell mediated nasal destructive processes. Could the same pathologic process be involved with different clinical expressions: one systemic and lethal and the other localized and destructive?

CONCLUSION

Dealing with granulomatous diseases has become easier in the past 10 years. The sinonasal lesions are constant in Wegener's granulomatosis and nasal T-cell lymphoma (LMG type). They may be the first manifestations of the disease. Identifying these cases early in the disease process and differentiating them from other causes of chronic rhinosinusitis is of major concern. The earlier these disorders are diagnosed, the better they are controlled.

REFERENCES

1. Batsakis JG. Midfacial necrotizing diseases. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1982;91:541-2.
2. Michaels M, Gregory MM. Pathology of "non healing (midline) granuloma". *J Clin Pathol* 1977;30:317-327.
3. Cabane J, Marsot-Dupuch K. Granulomes malins centro-faciaux: interet de l'imagerie TDM/IRM. *Ann Radiol* 1991;34:81-85.
4. Harrison DFN. Midline destructive ranuloma: fact or fiction. *Laryngoscope* 1987;97:1049.
5. Cleary KR, Batsakis JG. Sinonasal lymphoma. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1994;103:911-14.
6. Sakata KI, Hareyama M, Ohuchi A et al. Radiation therapy of lethal midline granuloma type nasal T cell lymphoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1996;36:supplement.
7. Falk RJ, Hogan S, Carey T et al. Clinical course of anti-neutrophil cytoplasmic autoantibody-associated glomerulonephritis and systemic vasculitis. *Ann Intern Med* 1990;113:656-63.
8. De Remee R. The treatment of Wegener's granulomatosis with TMP/SMX: illusion or vision? *Arthritis Rheum* 1988;31:1068-72.
9. Fukuda K, Yuasa K, Uchizono A et al. Three cases of Wegener's granulomatosis treated with antibiotic agent. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1989;115:515-18.
10. Gephardt G, Ahmad M, Tubbs R. Pulmonary vasculitis (Wegener's granulomatosis). Immunohistochemical study of T and B cell markers. *Am J Med* 1983;74:700-4. ■



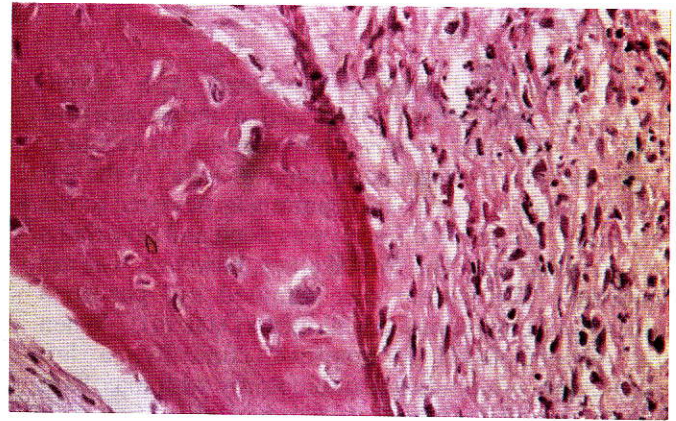
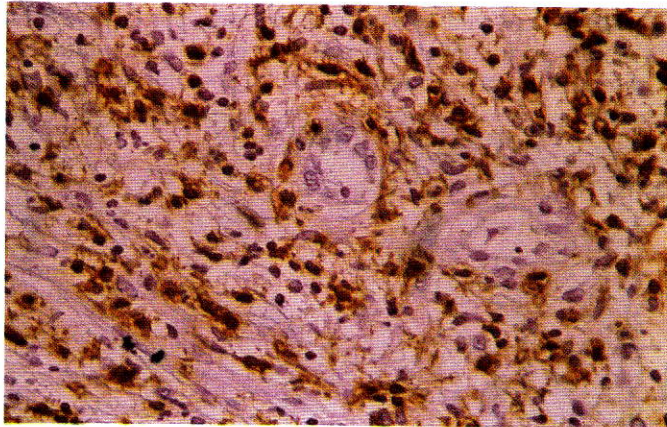


Figure 4 (left): Angiocentric infiltrate with T cell predominance
Figure 5 (right): Lymphoproliferative infiltrate invading the bone lamella without fibrinoid necrosis

scan was performed and showed massive destruction of the nasal septum, middle turbinates, and a palatine fistula. See Figure 3. Multiple deep nasal biopsies revealed an angiocentric immunoproliferative infiltrate with T cell predominance. See Figure 4. No fibrinoid necrosis was noted. See Figure 5. The diagnosis of lethal midline granuloma was based on these histological findings. A 60 Gy dose of radiotherapy was administered to the patient. She showed a good response with no recurrence of symptoms after two years of follow up.

DISCUSSION

Infectious, neoplastic, or systemic granulomas may present with upper respiratory midline granulomas. These lesions are classically characterized by a crusting, ulcerative, and destructive pattern. These lesions should not be confused with the "true" midline destructive granulomas encountered in Wegener's granulomatosis or in LMG. It is important to confirm the correct diagnosis because the treatment of each disorder differs. Complete blood count and the erythrocyte sedimentation rate may be helpful. A chest x ray must be done to rule out diseases such as tuberculosis and sarcoidosis. Wegener's granulomatosis may involve the renal system. Renal function tests and urinalysis may be abnormal in this case. Sinus CT scan is helpful in determining the extent of bony erosion. The MRI is valuable in defining the extent of soft tissue involvement.³ All of these tests are non-specific. The diagnosis of Wegener's disease is based on clinical, serological, and histological features. Clinical involvement in at least two of the three usually affected systems, i.e. the upper and lower respiratory tract and the kidneys

leads to a definitive diagnosis. The presence of an elevated c-ANCA titer is highly suspicious of Wegener's granulomatosis. The most important diagnostic tool, however, is based on histopathological grounds. Necrotizing vasculitis, fibrinoid necrosis of vessel walls and granulomas are imperative features for the diagnosis. Multiple biopsies should be obtained, mainly from the peripheral areas of the lesion, to avoid important central necrotic reactions. In addition, the application of immunohistochemical studies with monoclonal antibody panels is now a complementary standard diagnostic procedure.

The first case presented received IV antibiotics and endoscopic sinus surgery for a presumed unilateral pansinusitis without improvement. Despite the fact that only the upper respiratory tract was clinically involved, the diagnosis of Wegener's granulomatosis was strongly suspected on the basis of the elevated c-ANCA titer. The histopathology confirmed the diagnosis. When acute sinusitis fails to respond to conventional therapy, systemic disorders must be considered. A complete serological work up and tissue biopsy are mandatory, particularly in cases of unilateral sinusitis with granulation tissue.

The term of midline granuloma encompasses a large group of disorders, which are characterized by destructive lesions involving the midline of the head and the neck. The diagnosis of such lesions was based on specific clinical findings, namely midline destructive lesions. Studies have shown that many such cases, erroneously designated as lethal midline granuloma, were in fact non-angiocentric immunolymphoproliferative T cell lymphoma.⁴

CASE 1

A 21-year-old woman presented with severe headache, left orbital pain, and a temperature of 38°C. Physical examination revealed a swollen, erythematous nasal mucosa along with pus in the left middle meatus. The nasal septum was deviated to the left side. A sinus CT scan was done and revealed a left pansinusitis. The frontal sinus, however, was not involved. The patient was admitted and put on a course of intravenous antibiotics (Dalacin). When the patient failed to improve clinically, a left endoscopic ethmoidosphenoïdotomy with maxillary meatotomy and septoplasty was performed five days following her admission. Inflammatory granulomatous mucous lesions were the major findings at surgery. No destructive osseous lesions were noted. Four days postoperatively, the patient developed fever of 40.5°C, hemoptysis, left otalgia, polyuria, polydipsia, and left knee arthralgia with effusion. Laboratory data showed an elevated erythrocyte sedimentation rate (ESR) of 111 mm/hr. and leukocytosis of 15,000/ml³. Renal function tests and chest x-ray revealed no abnormalities. A brain MRI was obtained to exclude the possibility of diabetes insipidus of central origin. The test was completely negative. The knee effusion was aspirated and revealed an inflammatory, non-septic process. An immunologic evaluation was done. The diagnosis of Wegener's granulomatosis was based on a positive test for antineutrophil cytoplasmic antibody (c-ANCA), 33 IU, along with histological findings of an acute granulomatous necrotizing vasculitis with fibrinoid necrosis and no atypical lymphoreticular infiltrate. See Figures 1,2. The

patient received prednisone 60 mg per day for a 6-month period. Methotrexate was given concomitantly for a 4-month period. Two years later, the patient

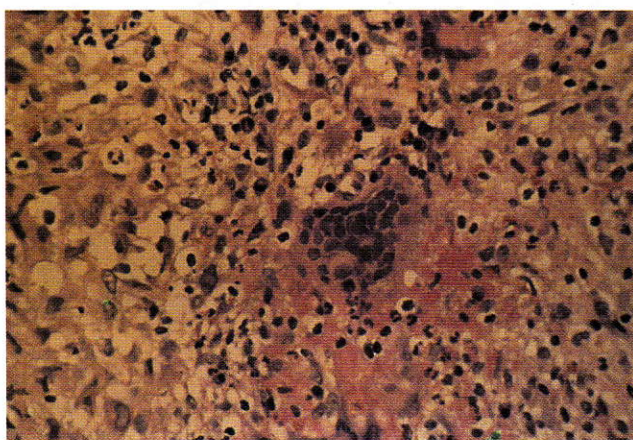


Figure 2: Fibrinoid necrosis

shows no clinical or radiological signs of recurrence. The last c-ANCA is 11 IU and the ESR is 30 mm/hr.

CASE 2

A 38 year old woman presented with a history of repeated anterior epistaxis, facial pain, and palatine fistula. A past history of a small septal perforation secondary to a submucous resection performed 3 years previously was noted. Physical examination revealed a destructive process on the lateral nasal wall, a large septal perforation, and a fistula of the hard palate. Renal function tests were normal; a VDRL, PPD, and a c-ANCA were all negative. A chest x ray showed no abnormalities. A sinus CT

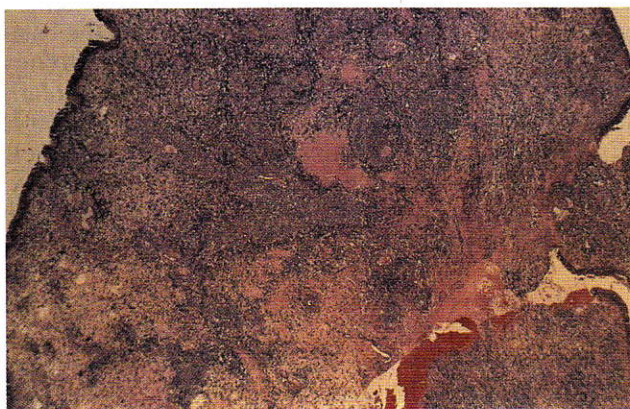


Figure 1 No atypical lymphoreticular infiltrate

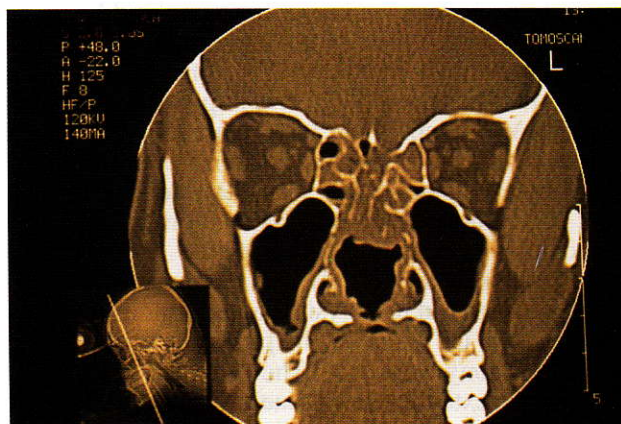


Figure 3: CT Scan showing aggressive destruction of lateral wall, septum and palatine fistula



WEGENER'S GRANULOMATOSIS AND LETHAL MIDLINE GRANULOMA

الالتهاب الوعائي الحبيبي لوانغر والحبيبيوم المميت للخط الناصف للوجه

SaLah Mansour, M.D.; Antoine Nehme, M.D.; Nabil Moukarzel, M. D.; Fady G Yammine, M.D.;
Alain Moukheiber, M.D.

د. صلاح منصور، د. أنطون نعمة، د. نبيل مكرزل، د. فادي يامين، د. ألان مخير

ABSTRACT

Wegener's granulomatosis and lethal midline granuloma have been incorrectly defined and diagnosed in the past. This has led to mistreatment. In this paper, we report two clinical cases, one of Wegener's granulomatosis and one of lethal midline granuloma. Diagnostic and therapeutic aspects are discussed. These lesions, described as angiocentric vasculitis, might represent varying expression of one disease, non-Hodgkin's sinonasal lymphoma.

ملخص البحث

لقد تم في الماضي توصيف وتشخيص الالتهاب الوعائي الحبيبي لوانغر والحبيبيوم المميت للخط الناصف للوجه بشكل خاطئ مما أدى إلى المعالجة الخاطئة. في هذه الدراسة تقرير عن حالتين سريريتين؛ إحداهما عن الالتهاب الوعائي الحبيبي لوانغر والأخرى عن الحبيبيوم المميت للخط الناصف للوجه، وقد تمت مناقشة أشكال التشخيص والمعالجة. وصفت هذه الآفات بأنها التهاب وعائي، وعائي التمرکز، وهي قد تمثل أشكالاً مختلفة لمرض واحد هو لمفوما لاهودجكن في الأنف والجيوب.

INTRODUCTION

Upper respiratory granulomas occur in many diseases. They may be the result of infectious, systemic, or neoplastic disorders. Less frequently, they are encountered in destructive pathologies such as Wegener's granulomatosis and lethal midline granuloma (LMG). The treatment differs from one disorder to the other; thus, it is important to establish the correct diagnosis. Lethal midline granuloma was the name given to any inflammatory destructive lesion of the midface with no established etiology; however,

the studies of specialized histopathologists including Batsakis, Michaels, and Gregory have clarified the ambiguity surrounding this entity. At present, LMG is considered to be a form of extranodal non-Hodgkin's T cell lymphoma.^{1,2} Wegener's granulomatosis is distinctly recognized; it is believed to represent either an autoimmune or a hypersensitivity disorder. In this paper, a case of Wegener's granulomatosis and a case of nasal T cell lymphoma-LMG type are presented. The pathological processes, investigational studies, differential features, and treatment are discussed.

* SaLah Mansour, M.D., FRCS(C), Division of E.N.T Surgery, Lebanese University, Hôpital Sacre'-Coeur, Brazilia- Baabda, B.P.: 116, Hazmich, Lebanon, Tel: 961 3 626624, Fax: 961 1395751, E-mail: salaruth@inco.net.lb. (for correspondence).

* Antoine Nehme, M.D., FRCS(C), Division of E.N.T Surgery, Lebanese University.

* Nabil Moukarzel, M.D., Division of E.N.T Surgery, Lebanese University.

* Fady G Yammine, M.D. Division of E.N.T Surgery, Lebanese University.

* Alain Moukheiber, M.D. E.N.T Resident, Lebanese University.

radiographic signs of advanced bone age and breast development before menstruation

Few vulval lesions cause vaginal bleeding in children. Lichen sclerosis was diagnosed in two patients. It is most common in children under the age of 7 years and resolves spontaneously at puberty. The cause of lichen sclerosis in these patients is unknown. It has been shown with HLA typing which shows shearing of HLAA-As 31¹⁰ that 20% of such patients have an autoimmune disorder. Genital warts may occasionally cause bleeding and their presence may suggest infection by a parent or sexual molestation. This was not evident in either of the 2 patients in our series. Urethral prolapse may cause vaginal bleeding in children and was found in 2 patients (7%). It is most common in children between 5 and 9 years of age,¹ and may be related to low levels of estrogens. If the prolapse is large, it is best treated by surgical excision of the necrotic mucosa.⁸ In bleeding caused by trauma, examination under anesthesia is necessary and important because laceration of the vulva may appear relatively minor on external inspection and external blood loss may be small in the presence of a significant vaginal hematoma.¹¹

Only one case of trauma in this study was associated with the presence of a foreign body. It was been reported as a cause of up to 30% of vaginal bleeding in other studies.³ Vaginitis and vulvovaginitis are relatively common causes of vaginal bleeding. They occurred in 4 (13%) of the patients in this study. In one of these, the cause of vaginitis was pinworm (threadworm) infestation; the others were mostly due to organisms of low virulence rather than to specific pathogenic ones.⁷

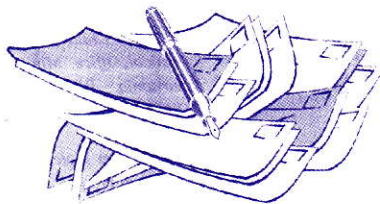
CONCLUSION

Vaginal bleeding in children, regardless of its duration and quantity, is a rare occurrence, and a serious underlying cause should always be excluded.

Examination under anesthesia and vaginoscopy are mandatory in most cases. The number of patients seen by any single clinician is small, so it may be preferable to refer such cases to specialized centers.

REFERENCES

1. Anveden Hertzberg L, Gauderer MW, Elder JS. Urethral prolapse: an often misdiagnosed cause of urogenital bleeding in girls. *Pediat Emerg Care* 1995;11:212-4.
2. Copeland LJ, Gershanson D, Saul PB, Sneige N, Stringer CA, and Edwards CL. Sarcoma botryoids of the female genital tract. *Obstet Gynecol* 1985; 66:2629.
3. David L, Betand B, BeP, Evard A, Guinard A and Francois R. Les hemorrhages genitales de la fille avant la puberte. *Ann Pediat* 1984;31:55-61.
4. Dewhurst J. Gynecological disorders in childhood and adolescence. 5th ed. 1995:49-53.
5. Dewhurst J. Botryoid sarcoma of the cervix and the vagina in children. In: *Progress in Obstetrics and Gynecology Volume 3*. London: Churchill Livingstone; 1983: 151-58.
6. Edmonds DK. Vulvovaginitis and other vulval lesions. In: *Dewhurst's Gynecological disorders in childhood and adolescence. Update 5 Chapter 5* 1995:49-53.
7. Edmonds DK. Vulvovaginitis and other vulval lesions. In: *Dewhurst's Practical pediatric and adolescent gynecology*. London. Butterworths 1986:46-55.
8. Fernandes ET, Dekermacher S, Sabadin MA, Vaz F. Urethral prolapse in children. *Urology* 1993;41:3,240.
9. Heller M, Dewhurst J, and Grant D. Premature menarche without the evidence of precocious puberty. *Arch Dis Child* 1983;58:472-75.
10. Holt PJA and Dorke C. HLA antigens in lichen sclerosis et atrophicus. *Clin Exp Dermatol* 1985;10:132-8.
11. Imai A, Horibe S, Tamaya TV. Genital bleeding in premenarcheal children. *Int J Gynaecol Obstet* 1995
12. Murran D, Dewhurst J, Grant C. Premature menarche: a follow up study. *Arch Dis Child* 1983;58:142-43
13. Muram D. Vaginal bleeding in childhood and adolescence. *Obstet GynecolClin North Am* 1990;17(7):389-408. ■



1 RESULTS

During the study period, 30 girls were seen. The age range was 8 months to 10 years. See Table 1. The etiology of the bleeding is shown in Table 2.

Age (years)	No. of patients
0-1	2
1-2	3
2-3	0
3-4	3
4-5	2
5-6	0
6-7	3
7-8	2
8-9	3
9-10	5
10	7
Total	30

Table 1 Age at presentation

Cause	No.	%
Genital tumor	1	3.3
Vulval lesions	5	16.6
Urethral prolapse	2	6.6
Trauma	5	16.6
Vulvovaginitis	4	13
Precocious puberty	8	26.6
Unknown etiology	5	16.6
Total	30	100

Table 2 Etiology of vaginal bleeding

In 17 girls (56%), the bleeding was from a local lesion. One of these was a malignant genital tract tumor, Botryoid sarcoma. In 5 children, vaginal bleeding was secondary to a vulval lesion. These included: lichen sclerosis (2), vulval warts (2), and a cavernous hemangioma (1). In 2 cases, the vaginal bleeding was secondary to urethral prolapse. In 5 girls, the cause of vaginal bleeding was trauma. All of these were attributed to various types of falls. In 4 patients, the bleeding was due to vulvovaginitis. Precocious puberty was the cause of vaginal bleeding in 8 patients (30%). Constitutional precocious puberty accounted for 5 girls. In 1 patient, pseudo-precocious puberty was associated with a granulosa cell feminizing tumor. In the two remaining patients,

cyclical bleeding was the only sign of precocious puberty and a diagnosis of premature menarche was made. In the remaining 5 patients (17%), no clear cause could be found.

DISCUSSION

The commonest causes of vaginal bleeding were local lesions (17) and precocious puberty (8). One local lesion was a rhabdomyosarcoma, a mixed mesodermal tumor which may be found at any age during childhood but is most common in children under 3 years of age.^{2,4} The appearance of the tumor may vary, but classically, as in our case, it resembles a bunch of grapes. This tumor usually presents with vaginal bleeding which may include the passage of a piece of tumor tissue. At times, the tumor may be visible at the vaginal orifice. Histological diagnosis may be difficult due to the pleomorphic nature of the tumor.⁴ Histological misdiagnosis may result in delayed treatment. In our study, the case was diagnosed early and treated surgically.

Precocious puberty is defined as the appearance of physical signs of secondary sexual development before the age of 8 years or of menstruation before the age of 10 years.¹³ Pseudoprecocious puberty may be caused by a feminizing granulosa cell ovarian tumor. Classically, bleeding presents early, and unlike other causes of precocious puberty, the bone age is not in advance of chronological age.⁵ The diagnosis is made by detection of a mass and endocrine investigations show high estrogen levels. In most of our patients with precocious puberty, cyclical bleeding occurred without other signs of secondary sexual development. This is classified as premature menarche and is thought to be due to unusual sensitivity to very low levels of circulating estrogen.⁹ No treatment is required once a more serious cause has been excluded. The bleeding usually stops by 10 years of age and starts again after the appearance of the other signs of secondary sexual development. Subsequent development of such patients appears to be normal, as is their future fertility.¹² Five of the girls had constitutional precocious puberty which is attributed to the spontaneous initiation of hypothalamic and pituitary activity. It presents with cyclical bleeding in association with other signs of secondary sexual development. All of the patients in this series had



VAGINAL BLEEDING IN CHILDREN: A 6-YEAR STUDY IN JORDAN

النزف المهبلية عند الأطفال: دراسة 6 سنوات في الأردن

Abed Alnabi Al-Bdour, M.D. and Salem Al Rohani, M.D.

د. عبد النبي البدور، د. سالم الرواحنة

ABSTRACT

The causes of vaginal bleeding in girls aged 10 years and under examined over a 6 year period in military hospitals in Jordan are reviewed. Of the 30 patients who were seen, in 17 (56.7%), bleeding was caused by a local lesion of which one case was a malignant genital tumor. Eight children (26.7%) had a form of precocious puberty, and in 5 (16.7%), no cause could be found.

ملخص البحث

يتضمن البحث دراسة أسباب النزف المهبلية عند الفتيات اللواتي لا يتجاوزن 10 سنوات وذلك خلال فترة 6 سنوات في المشافي العسكرية في الأردن. ضمت الدراسة 30 مريضة، فكانت النتائج كما يلي: لدى 17 مريضة (56.7%) كان سبب النزف آفة موضعية؛ حيث وجد ورم خبيث في الجهاز الأنثوي لدى إحدى المريضات. 8 فتيات (26.7%) كان لديهن بلوغ مبكر، ولدى 5 فتيات (16.7%) لم يمكن كشف سبب واضح للنزف المهبلية.

INTRODUCTION

Vaginal bleeding in girls is a rare symptom, but it may be caused by serious underlying pathology. All children with vaginal bleeding should be investigated. Careful examination under anesthesia, including vaginoscopy, should be performed. This review included girls aged 10 years and under who presented to military hospitals with vaginal bleeding during a 6 year period. The age of 10 years was chosen as the upper limit for this study because after that time normal menstruation may begin.⁶ The military hospitals in Jordan are mainly referral centers, and many of the patients in this study had previously been seen in gynecology or pediatric clinics; therefore, this series may not represent a true cross-section of the total disease spectrum.

METHOD

Patients who presented with vaginal bleeding between 1992 and 1997 were reviewed retrospectively. Factors relevant to determining the etiology of the bleeding such as ingestion of hormonal drugs, duration of bleeding, and cyclical nature of the bleeding were noted. The presence or absence of secondary sex characteristics was noted. All patients underwent complete examination. In small infants, examination was performed under anesthesia. Vaginoscopy was performed to allow direct inspection of the vagina and cervix for some cases.

*Abed-Alnabi Al-Bdour, M.D., Jordanian Board of Obstetric and Gynecology, P.O. Box 536 Amman 11953, Jordan (for correspondence).

* Salem Al-Rohani, M.D., Jordanian Board of Family Medicine.

cases presented within the first week after aspiration, but many of the referrals were unnecessarily delayed in pediatric departments by incorrect diagnoses such as simple infection and even empirical treatment with antituberculous drugs.

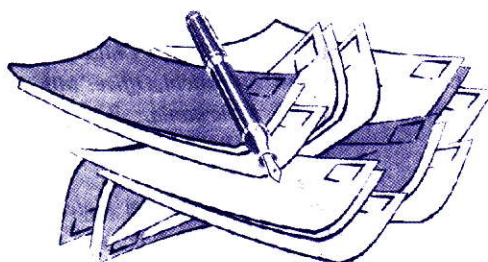
The commonest site of impaction was the right main bronchus in 392 cases (92%). McKenzie⁵ found the commonest objects to be peanuts and a higher percentage in the left bronchus contrary to what has usually been reported. In this series there were only 21 cases (5%) in the left bronchus and all of them were in children older than 2 years of age. Five of them had previously had unsuccessful bronchoscopy elsewhere. The fact that more than 90% of the foreign bodies were radiotranslucent with minimal radiological findings confirms the view that the only way of excluding bronchial foreign body is bronchoscopy and this should be performed in every case with a typical history.² Cunenan⁶ reported a significant drop in mortality from 12% with rigid bronchoscopy to 1% with fiberoptic bronchoscopy. In this series, the low mortality (0.5%) is attributed to the fact that all 426 cases were bronchoscoped by the same experienced surgeon nearly always in cooperation with the same experienced anesthetist.

CONCLUSION

Foreign body of the bronchial tree is not an uncommon problem in young Sudanese children. Any child with a history of choking with a foreign body should have bronchoscopy in spite of a normal chest x-ray since the majority of these foreign bodies are radiotranslucent. Pediatricians and community health workers should be aware of this problem.

REFERENCES

1. Maran AGD, Stell PM. *Clinical otolaryngology*. Blackwell Scientific Publications, 1997: 549-551
2. Birrel JF. *Pediatric otolaryngology*. Wright, 1986:215-221
3. Ballantyne J, Groves J. *Diseases of the ear, nose and throat*. Butterworth, 1979: 634-635.
4. Holinger PH and Holinger LD. *Use of the open bronchoscope in the extraction of foreign bodies*. *Chest (Supplement)* 1978;73:721.
5. McKenzie IJ, Kerr AIG, and Cowan DL. *Health Bulletin published by the Scottish Home and Health Department* 1984. 42;2:78.
6. Cunenan PS. *The flexible fiberoptic bronchoscope in foreign body removal. Experience in 300 cases*. *Chest (Supplement)* 1978 73:725. ■



MATERIALS AND METHODS

All children who presented to Wad Medani Teaching Hospital (Central State, Sudan) with bronchial foreign bodies during the period from January 1987 to January 1, 1997 are included in this study, a total of 426 cases. A routine history and physical, chest x ray and standard blood and urine studies were done on all cases. All children underwent rigid bronchoscopy under general anesthesia with suxamethonium muscle relaxation. The author performed all procedures. Operative records included notation of the site of impaction and the nature of the foreign body.

RESULTS

Of the total number of children bronchoscoped, 291 (68%) were under two years of age, 86 (20%) were between 2 and 5 years of age, and 49 (12%) were over the age of 5. See Table 1.

Age	No. of Children	%	Males	Females
0-2	291	68	201	90
2-5	86	20	58	28
>5	49	12	39	10
Total	426	100	298	128

Table 1 Age Groups and Sex Distribution of Sudanese Children with Bronchial Foreign Body

The male to female Ratio was 2.3:1 (298:128). See Figure 1.

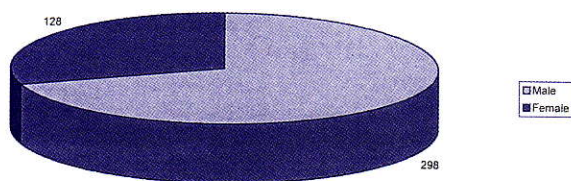


Figure 1 Male to Female Ratio

At bronchoscopy, the foreign body was lodged in the right main bronchus in 392 cases (92%); it was in the left main bronchus in 21 cases (5%) and in the trachea in 13 cases (3%). See Figure 2. In 256 cases (60%), the foreign body was a peanut; in 128 cases (30%), it was a watermelon seed; in 26 cases (6%), various plastic objects including plastic beads were involved; and in 16 cases (4%), various metal objects were involved. See Table 2.

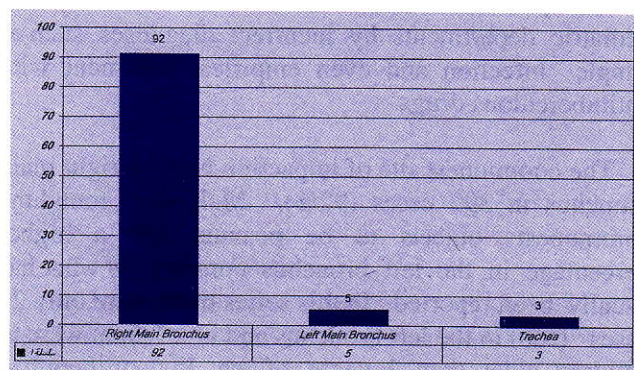


Figure (2): The Site of the foreign body

Foreign Body	No. of Cases	%
Peanut	256	60
Melon Seed	128	30
Plastic Object	26	6
Metal Object	16	4
Total	426	100

Table 2 Type of Foreign Body

The objects were predominantly radiotranslucent (90%) with minimal to no radiological findings.

The foreign bodies were successfully retrieved in all except 2 cases (0.5%) which were the only intraoperative mortalities of the series.

DISCUSSION

The high incidence of cases in infancy in this study, (68%), is comparable to the figures reported in the literature. Birrell et al² reported an incidence of 75% and Maran and Stell¹ reported an incidence of 80% in patients under the age of 3 years. Holinger and Holinger⁴ reported that 76% of children were less than 4 years of age. The high incidence in infancy is due to developmental, anatomical, and physiological factors. Developmentally, the infant is in the oral phase, exploring the outside world by putting various objects in his mouth. Anatomically, the infant's larynx is higher and relatively wider than the adult larynx. Physiologically, the cough reflex is weak because myelination of the central nervous system is completed only after the second year of life. The majority of these



BRONCHIAL FOREIGN BODIES IN SUDANESE CHILDREN

الأجسام الغريبة في القصبات الهوائية لدى الأطفال السودانيين

Osman M. El Mustafa, M.D.

د. عثمان محمد المصطفى

ABSTRACT

This study reflects the experience of the author using rigid bronchoscopy with foreign bodies in the bronchus in Sudanese children over a 10 year period from 1987 to 1997. In this period, a total of 426 bronchoscopies were performed: 291 cases (68%) were below 2 years of age; 86 cases (20%) were between 2-5 years of age; and 49 cases (12%) were over 5 years of age. The male to female ratio was 2.3:1 (298:128). In 392 cases (92%), the foreign body was located in the right main bronchus. In 21 cases (5%), the foreign body was located in the left main bronchus. In 13 cases (3%), it was located in the trachea. In 256 cases (60%), the foreign body was a peanut. In 128 cases (30%), watermelon seeds were involved. The remaining cases included 26 (6%) various plastic objects and beads and 16 (4%) various metal objects. Ninety percent of the foreign bodies were radiotranslucent showing minimal or no radiological signs. All foreign bodies were successfully removed except 2 cases (0.5%) which were operative mortalities.

ملخص البحث

تعكس هذه الدراسة خبرة المؤلف على مدى عشر سنوات (1987-1997) في استخدام منظار القصبات الصلب للكشف عن الأجسام الغريبة عند الأطفال السودانيين. تم إجراء 426 حالة خلال هذه الفترة؛ كان منها 291 حالة (68%) دون سن العامين من العمر، و86 حالة (20%) تراوحت أعمارهم بين 2-5 عاماً، في حين تجاوزت أعمار الـ49 حالة (12%) المتبقية الخمسة أعوام. شوهدت 298 حالة لدى الذكور و128 لدى الإناث، وكانت نسبة الذكور إلى الإناث 2.3:1. وجد الجسم الغريب في 392 حالة (92%) في القصبة الهوائية اليمنى، وفي 21 حالة (5%) في القصبة الهوائية اليسرى، وفي 13 حالة (3%) في الرغامى. كان الجسم الغريب لدى 256 طفلاً (60%) من بذور الفول السوداني، ولدى 128 طفلاً (30%) من بذور البطيخ، ولدى 26 طفلاً (6%) كان من اللدائن المختلفة والخرز ولدى 16 طفلاً (4%) كان من القطع المعدنية المختلفة. 90% من هذه الأجسام كانت شفافة للإشعاع السيني وقليلة الارتسام أو غير مرتسمة على صور الأشعة. تم إخراج الجسم الغريب بنجاح من جميع هذه الحالات عدا اثنتين، وبلغت نسبة الوفيات التالية للعمل الجراحي 0.5%.

INTRODUCTION

Aspirated foreign bodies usually enter the right main bronchus, which is larger and more directly continuous with the trachea, rather than the left bronchus. Very few foreign bodies enter an upper lobe bronchus. Foreign bodies too large for the bronchial lumen remain in the trachea.¹ The typical history is that of a child, under the age of 2 years in 75% of the cases, having had something in his mouth when he makes a deep inspiration from laughter or fright. This

action opens the larynx and aspiration occurs. There is an immediate paroxysm of coughing, sputtering, and choking with cyanosis as the laryngeal sphincters trap the foreign body. At this point, the object may be extruded, or an asymptomatic phase, which may last for 24 hours or more, follows the descent of the foreign body into the trachea or bronchus. This is followed by a pulmonary phase in which symptoms depend upon the degree of occlusion of the bronchus² and the nature of the foreign body.³

*Osman Mohamed El Mustafa, M.D. FRCS (ED) D.L.O.R.C.S (London) Department of Surgery, University of Gezira, P.O.Box 20, Wad Medani, Sudan.

استئصال المثانة الجذري مع تصنيع مثانة ومفاغرتها مع الإحليل RADICAL CYSTECTOMY AND ORTHOTOPIC URINARY SUBSTITUTION

د. إبراهيم برغوث
Ibrahim Barghoth, M.D.

ملخص البحث

هدف البحث: تقييم أربعة أنماط من تقنيات تصنيع الخزان البولي من قطع مختلفة من الأمعاء مشفوعة بتقييم آخر لأربعة أنماط من تقنيات زرع الحالب.

المجموعة المدروسة: يضم هذا البحث 39 مريضاً ذكراً تراوحت أعمارهم بين 27 و 78 سنة (العمر الوسطي 58 سنة) أجري لديهم استئصال مثانة جذري بسبب ورم مثانة مرتشح موضعياً.

النتائج: كانت أفضل النتائج نسبة للجزر المثاني الحالب وتضييق المفاغرة الحالبية المعوية تعود لتقنية ABOL-ENEIN & GHONEIM حيث بلغت النسبة المئوية 0% و 2.8% على التسلسل. أما المثانة البولية فقد تراجعت مع الزمن لتستمر عند 10.3% بعد مرور سنتين، وكانت أقل النسب عند استعمال طريقة ILEAL NEOBLADDER في تصنيع الخزان. أما السلس النهاري فقد تراجع نهائياً بعد مرور عام على عكس الليلي الذي بقي بنسبة 35.8% بعد مرور عامين من الجراحة بلغ مجمل إختلاطاتها 70.7% وقد عرضت مع طرق معالجتها بالتفصيل.

الخلاصة: تشير الدراسة أنه للحصول على أفضل نتائج طرق التحويل البولي، يوصى بإجراء التحويل البولي المستمسك بالمفاغرة مع الإحليل وذلك بتصنيع الخزان من الدقاق النهائي حسب ILEAL NEOBLADDER وبزرع الحالبين بطريقة ABOL-ENEIN & GHONEIM

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study is to investigate long term clinical outcome of orthotopic bladder substitute.

Patients & Methods: Thirty nine male patients aging 27 to 78 years old (mean age 58 years) underwent radical cystectomy and orthotopic urinary substitution for invasive bladder cancer with evaluation of four types of techniques of reconstruction of the bladder from different segments of the intestine and to study the four types of ureteral reimplantation.

Results: Referring to the vesico-ureteral reflux and uretero-ileal stenosis, we obtained the best results by technique ABOL-ENEIN & GHONEIM with 0% and 2.8% respectively. The residual urine was reduced to 10.3% after 2 years of follow-up, and the best technique referring to this complication was Ileal neobladder. Day urinary incontinence was diminished after 1 year while Nocturnal incontinence persisted in (35.8%) after 2/ years of follow-up. Our total complication rate reached 70.7% discussed in details with treatment.

Conclusion: We conclude that the best technique for bladder substitution is ileal neobladder with ABOL-ENEIN & GHONEIM technique for ureteral reimplantation.

* Ibrahim Barghoth M.D., Associate Professor, Surgery Department, College of Medicine, Damascus University, Syria. P.O.Box 5143.

مقدمة

على تجربتنا في التحويل البولي المستمسك بالمفاغرة مع الإحليل وذلك بعد استئصال المثانة الجذري بسبب أورام مثالية مرتشحة موضعياً.

المرضى وطريقة البحث

تمت الدراسة الإحصائية بين عامي 1993 وحتى نهاية 1998 في مشفى المواساة الجامعي - قسم الجراحة متضمنة 39 مريضاً ذكراً أجري لهم استئصال مثانة جذري مع تصنيع خزان بولي من قطع معوية مختلفة وتم مفاغرة الخزان مع الإحليل. تراوحت أعمار هؤلاء المرضى بين 27 إلى 78 سنة وبعمر وسطي بلغ 58 سنة، وقد صنفت الأعمار حسب الجدول رقم 1.

فئة العمر	العدد	النسبة المئوية
تحت سن 30	1	2.6 %
31 - 40	3	7.8 %
41 - 50	6	15.6 %
51 - 60	17	42.8 %
61 - 70	12	31.2 %

جدول رقم 1 يوضح تصنيف المرضى إلى مجموعات حسب العمر

كان يتم تحضير المرضى بالصادات غير الممتصة عن طريق الأعماء حيث يعطى 6 h / 250 mg / ERYTHROMYCIN لمدة ثلاثة أيام قبل الجراحة ثم تحضر ميكانيكياً قبل 14 ساعة من العمل الجراحي بحقن المحلول الفسيولوجي في المجرى الهضمي عن طريق أنبوب أنفي معدي بمعدل 20-30 مل/د. حتى يصبح الصادر المستقيمي رائقاً وبكمية عظيمة تصل إلى عشرة ألتار. توضع أربطة ضاغطة على الطرفين السفليين مساء اليوم الذي يسبق الجراحة. يفتح البطن على الخط المتوسط وتستقصى العقد الحوضية الحرقفية والسادة وترسل للخزعة المجمدة حيث تنهى العملية فوراً مجرد اكتشاف وجود انتقال لهذه العقد وتستبعد من الدراسة. تراوحت مدة العمل الجراحي بين 5-10 ساعات (وسطياً 7 ساعات). أما اعاضة الكتلة الدموية النازفة فقد تراوحت بين 2-6 وحدات (وسطياً 4 وحدات) دم طازج ما أمكن بعد قطع العروة المعوية وإستبعادها عن المجرى الهضمي كانت تجرى المفاغرة المعوية المعوية نهائية نهائية وبطبقتين من مواد قابلة للإمتصاص VICRYL / 3-0/ أما الخزان فقد صنع من قطع معوية مختلفة وبأشكال متباينة أيضاً وقد تم خياطتها من مواد قابلة للإمتصاص POLYGLYCOLIC / 2-0/ ACID / 4-0/ أما لمفاغرتها مع الإحليل فقد استعملت ملدة / 2-0/

يستطب استئصال المثانة الجذري بشكل أولي في معالجة أورام المثانة المرتشحة موضعياً، أما استطبباتها عموماً فهي معروفة في الأدب الطبي¹، وبالرغم من أن استئصال المثانة الجذري مع التحويل البولي بكافة أشكاله هو الوسيلة الأكثر فعالية في السيطرة على هذه الأورام²، فإنه لا تزال هناك بعض النتائج المشجعة ولكن لعدد محدود من أورام المثانة صغيرة الحجم تستخلص من المعالجة الكيميائية والشعاعية مع المحافظة على المثانة في مكانها وبالتالي تعتبر هذه المعالجة مفضلة من قبل بعض الجراحين، بينما يرى آخرون أن الإستئصال الجذري مع التحويل المستمسك هي طريقة جيدة وآمنة بعد فشل هذه التدابير³.

إن استئصال المثانة الجذري مرتبط عادة بمسألة التحويل البولي، حيث تعود فكرة محاكاة المثانة في وظيفتها التخزينية إلى أكثر من 100/ عام، فقد قام كلاً من TIZZON & FOGGI بإعاضة المثانة من قطعة من الدقاق موافقة للحركات الحوية² وأعيدت هذه العملية من قبل COUVELAIRE في عام 1951، وكذلك في عام 1979 من قبل CAMEY & LEDUC^{4,5} في عام 1982 وبعده دراسات تجريبية قام KOCK بتصنيع خزان مستمسك على الجلد من الدقاق عند الرجال⁶، ثم عدل هذا الخزان من قبل آخرين على مرور الزمن وذلك للاقبال من معدل الإختلاطات، حيث مر إعادة تصنيع الخزان بتطور هائل منذ أواخر الثمانينات وحتى الآن، فقد استعملت كل قطع الأمعاء وأجريت تعديلات عديدة على التقنيات الأصلية حتى أصبحت تجري مثل هذه العمليات عند النساء^{7,8,9}.

في الماضي كان التحويل البولي غير المستمسك على الجلد مع وضع جهاز لاصق خارجي لجمع البول هي العملية المثالية، أما في هذه الأيام فإن الأمر ليس كذلك، إذ يعتبر التحويل البولي مثالياً إذا حافظ على الشجرة البولية العلوية طبيعية، وحقق الاستمسك البولي، وحافظ على شكل الجسم الخارجي طبيعياً ما أمكن، وخفض معدل إعادة المداخلات الجراحية، وأخيراً جعل التبول طبيعياً عن طريق الإحليل. وبعبارة أخرى إذا حاكى الخزان المصنوع المثانة قبل استئصالها. من هنا فقد انخفض معدل التحويل البولي غير المستمسك على الجلد إلى أقل من 50 % في المراكز الكبيرة واتجه الأمر إلى التحويل البولي المستمسك الطبيعي أو إلى الجلد ما لم يكن هناك مضاد استئطاب يحول دون تطبيقه. لقد قمنا في هذا البحث بالقاء الضوء



تقنيات زرع الحالب

لقد تم استخدام التقنيات التالية في زرع الحالبين وهي موضحة بالجدول رقم 3

النسبة المئوية	عدد الوحدات الكلوية	التقنية المستخدمة
47.2 %	72/34	SPLIT-CUFF NIPPLE
30.6 %	72/22	LE DUC
16.7 %	72/12	ABOL-ENEIN & GHONEIM
5.7 %	72/4	STUDER-TUBE

الجدول رقم 3 يبين التقنيات الجراحية المتبعة في زرع الحالبين ونسبة استخدامها

- 1- طريقة SPLIT-CUFF NIPPLE وقد استخدمت في 34 وحدة كلوية.
- 2- طريقة LE DUC وقد استخدمت في 22 وحدة كلوية.
- 3- طريقة ABOL-ENEIN & GHONEIM استخدمت في 12 وحدة كلوية.
- 4- طريقة STUDER-TUBE وقد استخدمت في 4 وحدات كلوية.

النتائج

من أصل 72 حالة زرع حالب فقد شخص الجذر المثاني الحالي في 6 وحدات كلوية فقط أي ما يقارب 8.3% وكانت موزعة حسب الجدول رقم 4

النسبة المئوية	عدد حالات الجذر	التقنية المستخدمة
9 %	34/3	SPLIT-CUFF NIPPLE
9 %	22/2	LE DUC
0 %	12/0	ABOL-ENEIN & GHONEIM
25 %	4/1	STUDER-TUBE

جدول رقم 4 يبين حالات الجذر المثاني الحالي والنسب المئوية لكل تقنية على حدة

أما حالات تضيق المفاغرة الحالبية المعوية فقد حدث توسع خفيف بالشجرة البولية العلوية في 13/ وحدة كلوية، واستسقاء شديد مع ترقق قشر في 5 وحدات لدى 4 مرضى، حيث حدث استسقاء ثنائي الجهة عند مريض واحد أدى إلى قصور كلوي عولج بتقييم

DEXON. كنا نضع مفجرين سلببي الضغط بالحوض وبالقرب من المفاغرة المعوية الإحليلية، ومفجر مدرج آخر بجانب المفاغرة المعوية المعوية. توضع قنطرة إحليلية من SILICON /22 F/ مع قنطرة. PIZZER /F 24/ ضمن الخزان وتخرج من خلال شق فوق العانة. وفي زرع الحالبين كنا نستعمل خيوط CHROMIC 4-0/ للمفاغرة الحالبية المعوية وكنا نحمي هذه المفاغرة دائماً بقنطرة NELATON/8-10 F/. في اليوم التالي للجراحة كنا نعطي المميعات بجرعات منخفضة HEPARIN /5000/12h لمدة عشرة أيام ويُشجع على الحركة في نفس اليوم. يُسحب الأنبوب الأنفي المعدي في اليوم الخامس ونبدأ بغسيل الخزان بالمحلول الفسيولوجي وذلك للتخلص من العلاقات المخاطية. في اليوم العاشر يجري تصوير الحالبين بالطريق الراجع وذلك للتأكد من سلامة المفاغرة الحالبية المعوية حيث تسحب أول قنطرة بعد التصوير مباشرة والثانية في اليوم التالي. بعد ثلاثة أسابيع من الجراحة يجري تصوير الخزان عبر القنطرة الإحليلية حيث تسحب حال التأكد من عدم وجود أي تسريب بولي من المفاغرة المعوية الإحليلية. وأخيراً تسحب القنطرة فوق العانة في نهاية الأسبوع الرابع من العمل الجراحي.

تقنيات تصنيع المثانة

لقد تم استخدام أربعة أنماط من التقنيات الجراحية في تصنيع المثانة وهي موضحة بالجدول رقم 2

النسبة المئوية	عدد الحالات	التقنية المستخدمة
53.8 %	39/21	CAMEY II
41 %	39/16	ILEAL NEOBLADDER
2.6 %	39/1	MAINZ-POUCH
2.6 %	39/1	COLONIC POUCH

جدول رقم 2 يبين الأنماط الجراحية المستخدمة في تصنيع المثانة

في تقنية CAMEY II & ILEAL NEOBLADDER إستعملنا 60/ سم من الدقاق وعلى بعد 15/ سم من الدسام الدقاقي الأعوري. أما في تقنية MAINZ POUCH فقد إستخدمنا 12/ سم من الكولون الصاعد و 24/ سم من نهاية الدقاق، أما في الخزان القولوني فقد إستعملنا 30/ سم من الكولون الصاعد وتم مفاغرة إحدى نهايتيه مع الإحليل وأغلقت النهاية الأخرى بعد زرع الحالبين ووضعت بشكل مسابير للحركات الحوية ISOPERISTALTIC.



كلية عبر الجلد ولم يراجع بعدها، والجدول رقم 5/ يعرض حالات التصديق هذه وعلاقتها مع تقنية زرع الحالب.

درست حالات السلس البولي عند كل مريض، حيث بلغ عدد حالات السلس النهاري 10 حالات، وقد تحسنت جميعها بعد مرور سنة على

النسبة المئوية	حالات السلس البولي الليلي	التقنية المستخدمة
47%	21/10	CAMEY II
12.5%	16/2	ILEAL NEOBLADDER
100%	1/1	MAINZ-POUCH
100%	1/1	COLONIC POUCH
35.8%	39/14	المجموع

جدول رقم 6 يبين حالات السلس البولي الليلي ونسبتها المئوية وعلاقتها مع تقنية تصنيع المثانة

النسبة المئوية	استمقاء شديد	النسبة المئوية	توسع خفيف غير مترقي	التقنية المستخدمة
2.8%	72/2	8.3%	72/6	SPLITE-CUFF NIPPLE
2.8%	72/2	4.2%	72/3	LE DUC
0%	72/0	2.8%	72/2	ABOL-ENEIN & GHONEIM
1.4%	72/1	2.8%	72/2	STUDER-UBE
7%	72/5	18.1%	72/13	المجموع

جدول رقم 5 : عدد الوحدات الكلوية المصابة بالتضيق الحالي -

المعوي في كل تقنيات زرع الحالب

الجراحة. أما حالات السلس الليلي فبلغت 14 حالة، ولم تتحسن حتى بمرور سنتين على الجراحة، وهي موضحة بالجدول رقم 6.

النسبة المئوية	النسبة المئوية	حالات السلس بعد 6 أشهر	حالات السلس بعد سنتين	التقنية المستخدمة
9.5%	23.8%	21/5	2	CAMEY II
6.3%	18.8%	16/3	1	ILEAL NEOBLADDER
100%	100%	1/1	1	MAINZ-POUCH
0%	0%	1/0	0	COLONIC POUCH
10.3%	23%	39/9	39/4	المجموع

جدول رقم 7 يبين حالات السلس البولية في كل تقنية تصنيع مثانة

لقد تعرضنا في سياق المعالجة إلى اختلاطات عديدة، وقد عرضناها بالجدول رقم 8، مع معالجة كل اختلاط.

لقد تمت مراقبة جميع المرضى دورياً بالأموح فوق الصوتية كل ثلاثة أشهر لقياس السلس البولية حيث لوحظت في بداية المتابعة بمقدار وسطي يبلغ 150 مل والتي تناقصت مع مرور الزمن واستمرت عند 9 مريض بعد مرور ستة أشهر على العمل الجراحي وأربعة مريض بعد مرور سنتين وهي موضحة بالجدول رقم 7.

نوع الاختلاط	عدد الحالات	النسبة المئوية	التدبير
الوفيات حول الجراحة	39/2	5.1%	
النزف الغزير	39/2	5.1%	إعطاء الكتل للنازفة
أذية الأوعية الحرقية	39/1	2.6%	مجازة حرقية أصلية مع ربط الوريد الحرقى الأصلي
إنتانات الجروح	39/4	10.3%	معالجة محافظة
انفتاح الجرح	39/1	2.6%	إغلاق جراحي
أذية المستقيم	39/2	5.1%	خيطة مباشرة
الانسداد المعوي	39/1	2.6%	تدخل جراحي
التهاب الوريد الخثري	39/4	10.3%	معالجة محافظة
نموسور برازي جلدي	39/1	2.6%	إغلاق جراحي للنموسور
نموسور بولي جلدي	39/4	10.3%	إغلاق جراحي للنموسور
التضيق المعوي الإحليلي	39/1	2.6%	خزع مستطيل للإحليل
حصيات الخزان	39/1	2.6%	تقنيات الحصة بالأموح فوق الصوتية عبر الإحليل
النزف الهضمي الغزير	39/2	5.1%	تدخل جراحي (قطع معدة) في حالة واحدة ومحافظة في أخرى
التضيق الحالب المعوي	72/18	25%	تعميم كلية عبر الجلد لحالة وتدخل جراحي لمريضين ومحافظة للبقية
النكس الورمي	39/2	5.1%	استئصال إحليل لحالة وتحويل غير مستمك على الجلد لأخرى

جدول 8: الاختلاطات وطرق معالجتها



المناقشة

SPLIT -CUFF NIPPLE & LE DUC وهي عالية إذا ما قورنت مع النتائج العالمية حيث بلغت 3.2 % بعد سنتين.¹³ أما في تقنية STUDER -TUBE فكانت 25 % وهذه النسبة لا يمكن الإعتماد عليها بسبب ندرة الحالات الحالبية المزروعة بهذه الطريقة، أما تضيق المفارقة الحالبية المعوية entero-ureteric stenosis فكانت أعلى النسب في تقنية SPLIT - CUFF NIPPLE حيث بلغت بمجموعها 11.1 % مقارنة مع 7 % في تقنية LE DUC و 2.8 % في تقنية ABOL ENEIN & GHONEIM إلى 4.2 % في تقنية TUDER - TUBE. وقد بلغت مجمل التضيق في إحدى الإحصائيات العالمية 21.3 %.⁵ من هنا نلاحظ أن أفضل طرق زرع الحالب هي طريقة ABOL ENEIN & GHONEIM وهي متناسبة مع الإحصائيات العالمية حيث بلغت 3.1 %.^{16,13} لقد لوحظ تشكيل حصة مثنائية عند مريض واحد مجرى له CAMEY II حيث تم معالجته بالتفتيت بالأصوات فوق الصوتية ultrasonic lithotrypsi بنسبة بلغت 2.6 % وهي أقل من النسبة العالمية.⁷ الوفيات حول الجراحة كانت في مرضانا 5.1 % وكانت تعود إلى أذية الأوعية الحرقية الأصلية وإلى الدنف الشديد قبل الجراحة وهي عالية إذا ما قورنت بالنتائج العالمية.¹¹ بلغ مجمل إختلاطاتنا 70.7 % مع ملاحظة تداخل بعض الإختلاطات مع الأخرى وهي تبدو مقبولة إذا ما قورنت مع نتائج الآخرين.¹⁴ فقط 29.3 % من مرضانا كان بدون أي إختلاطات وهذا يتماشى مع بعض الإحصائيات العالمية.¹⁰

لقد لوحظ انخفاض في معدل حدوث السلس البولي الجهدي stress incontinence مع مرور الزمن في كل التقنيات المتبعة وهذا يتماشى مع النتائج العالمية¹⁰ وذلك عكس السلس البولي الليلي nocturnal الذي بلغت أعلى نسبة حدوث له في الخزان القولوني وخزان MAINZ حيث بلغت 100 % وهذه لا يمكن الإعتماد عليها بسبب إنجاز حالة واحدة لكل من هاتين العمليتين ولكن الملاحظ أن تقنية ILEAL NEOBLADDER هي الأفضل بسبب انخفاض النسبة إلى 12.5 % والتي تتماشى مع النتائج العالمية حيث بلغت 12.5 %^{11,10,8} هي أقل إذا ما قورنت بالنسبة عند النساء والتي قد تصل حتى 30 %.⁹ الثمالة البولية residual urine فكانت بنسبة معدومة في الخزان القولوني وهذه لا يعتمد عليها بسبب إصابة المريض بالزحير الدائم ولكن الملاحظ أن أفضل التقنيات نسبة للثمالة هي ILEAL NEOBLADDER حيث بلغت الثمالة البولية أقل من 150/مل بعد مرور ستة أشهر تليها CAMEY II والتي تبلغ 18.8 %، الأمر الذي يدعو للتفتيش عن تقنية جديدة تخفف وقد تزيل الثمالة¹². لجذر المثاني الحالبية vesico-ureteral reflux كانت أقل نسبة حدوث له في ABOL ENEIN & GHONEIM حيث كانت النسبة معدومة وهذا يجب أن يؤكد بإجراء العدد الأكبر من عمليات مماثلة. بينما بلغت نسبة الجذر 9 % في كل من

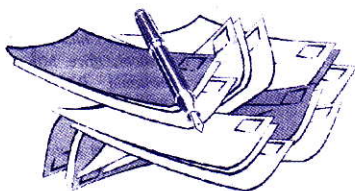
المراجع REFERENCES

1. Fray F. Marshall. Text book of operative urology W.B. Saunders Company 1996, 478-487
2. Montie J E; High-storage bladder cancer: Bladder reservation or reconstruction? Cleve Clin J Med 57 :280,1990.
3. Bochner B H; Figneroa A J; Skinner E C; Lieskovsky G; Petrovich Z; Boyd S. D.; Skinner D. G. Salvage Radical Cystoprostatectomy and orthotopic urinary diversion following radiation failure J. Urol. 1998 Jul. Vol 160 Issue 1 P 29-33.
4. Yancik R. Ries. L A. Cancer in older persons; Magnitude of the problem.
5. Smart C R; Bladder Cancer Survival Statistics. J Occup Med. 32: 926;1990
6. Zinke H. Cystectomy and urinary diversion in patients eighty years of age or older Urology 19 : 139; 1982
7. Blute M L ,Gburek B M Continent Orthotopic Urinary Diversion in Female Patients: early Mayo Clinic experience. Mayo Clin Proc;1998 Jun. Vol 73. Issue 6 P 501-7.
8. Shimogaki H; Okada H; Fujisawa M; Arakawa S; Kawabata G; Ksmidono S; Yamanaka N. Long-term Experience with orthotopic Reconstruction of the Lower Urinary Tract in Women [see comments] J Urol; 1999 Feb. Vol 161 Issue 2 P 573-7.
9. Aboseif S R, Borirakchayavat S, Lue T F, Carroll P R Continence Mechanism Of The Ileal Neobladder in women :a urodynamics study World J Urol, 1998. Vol 16 Issue 6 P 400-4.
10. Minervini R; Morelli G; Fontana N; Minervini A; Fiorentini L. Functional evaluation of different Ileal neobladder and ureteral reimplantation techniques. Eur Urol; 1998 Sep. Vol 34 Issue 3 P 198-202
11. Wanderoth U K; Bachor R; Egghart G; et al. The ileal neobladder: Experience and results of more than 100 consecutive cases. J Urol 143:493;1990
12. D ,Orazio O R; Lambert O L; Otranto J D; Vallati J C; Franco F; Saenz C. A. Milking Action . A New Functional Concept of a Different Orthotopic Neobladder: 4-Year Followup. Urol;1998 Oct. Vol 160 Issue 4 P 1274-7
13. Sagalowsky A I: Further experience with Split-Cuff Nipple ureteral reimplantation in urinary diversion. J Urol; 1998 June. Vol 159 Issue 6 P 1843-4
14. Skinner D G; Boyd S D, Lieskovesky G; et al. Experience and results in 126 patients using the Kock ileal reservoir with bilateral ureteroileal urethrostomy. Urol 146 :750,1991
15. Hautmann R E ;Miller K; Steiner U; Wanderoth U. The ileal neobladder: 6-years of experience with more than 200 Patients . J Urol 150;40,1993.
16. Abol- Enein H, Ghoneim MA. A novel uretero- ileal reimplantation technique: the serous lined extramural tunnel. A preliminary report. J Urol (151): 1193,1994. ■



REFERENCES

1. MacDonald CD and Silteri PK. The relationship between extraglandular production of estrogen and occurrence of endometrial hyperplasia. *Gynecol Oncol* 1974;2:259.
2. Wynder EL, Escher GC, and Mantel N. An epidemiological investigation for cancer of the endometrium. 1966.
3. Gambrell RD. Postmenopausal bleeding. *Clin Obstet Gynecol* 1977;4:129.
4. Novak ER. Postmenopausal bleeding. *Clin Obstet Gynecol* 1964;7:464.
5. Miyazawa. Clinical significance of an enlarged uterus in patients with postmenopausal bleeding. *Obstet Gynecol* 1983;61: No. 2 February.
6. Lidor A, Ismajovich B, Confino E, and David MP. Postmenopausal bleeding: histopathological evaluation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1986;65:41-3.
7. Vuopala S. Diagnostic accuracy and clinical application of cytological and histological methods for investigating endometrial carcinoma. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1977;56:1-72.
8. Isaacs JH, White RW. Aspiration cytology of the endometrium. *Am J Obstet Gynecol* 1974;118:6799-87.
9. Hutton JD, Morse AR, Anderson MC, Bread RN. Endometrial assessment with Isaacs cell samples. *Br Med J* 1978;1:947-49.
10. Gravlee LC. Jet irrigation method for diagnosis of endometrial cancer. *Obstet Gynecol* 1969;34:168-72.
11. Underwood PB, Kellet M, McKee EE, Clark A. The Gravlee jet washer. Can it replace diagnostic curettage? *Am J Obstet Gynecol* 1973;17:201-209.
12. Gusberg and Milano. Detection of endometrial cancer. *Cancer* March 1, 1981.
13. Reagen JW, Ng ABP. The cells of uterine adenocarcinoma. Baltimore: William and Wilkins; 1965.
14. Dones F, Maniscalco V, Cadili G. Hysteroscopy as a diagnostic method in postmenopausal metrorrhagia. *Minerva Ginecol (Italy)* 1991;44:433-5.
15. Gupta JK, Wilson S, Desai P, Han C. How should we investigate women with PMB. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996;75:475-9.
16. Cacciatori B, Pentti L. *Am J Obstet Gynecol* 1989;160.
17. Beral V. Epidemiology and etiology of cancer of the female genital tract. In: *Clinical Gynecological Oncology*. Blackwell-Oxford; 1985:1-14.
18. Alberico S, Conoscenti G, Veglio P, Bogatti P, DiBonito L and Mandruzzato G. A clinical and epidemiological study of 255 PMB. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1989;16:113-21.
19. MacDonald CD, Hemsell DL, Porter JC. Plasma androstenedione to estrone in postmenopausal women with or without endometrial cancer. *Am J Obstet Gynecol* 1978;130:448.
20. Austin H, Austin JJ, Partridge EE, Hatch KD, Shingleton HM. Endometrial cancer, obesity and body fat distribution. *Cancer Res* 1991;51:568-72.
21. Henderson BE, Ross PK, Pike MC, Casagrande JT. Endogenous hormones as a major factor in human cancer. *Res* 1982;42:3232.
22. Gambrell SB and Mulvihill MN. Epidemiology of endometrial cancer. *Clin Obstet Gynecol* 1986;34:168-72.
23. Smith DC, Prentice R, Thompson DJ, Herrmann WL. Association of exogenous estrogen and endometrial carcinoma. *N Engl J Med* 1975;293:1164-67.
24. Ziel HK. Estrogen's role in endometrial cancer. *Obstet Gynecol*. 1982;60:509.
25. Smith PG and Vessey MP. Estrogen use and endometrial cancer. Epidemiological aspects. In: Jordan JA and Singer A Eds. *Controversies in Gynecological Oncology*. London RCOG; 1980:91-105.
26. Studd JW and Thom MH. Estrogens and endometrial cancer. In: Jordan JA and Singer A Eds. *Controversies in Gynecological Oncology*. London. RCOG; 1980:911-105.
27. Caspi E, Perpinal S, Reif A. Incidence of malignancy in Jewish females with PMB. *Isr J Med Sci* 1977;13:299.
28. Kerise MT. Etiology of postmenopausal bleeding. *Postgrad Med* 1973;49:344.
29. Reid PC, Brown VA, Fothergill DY. Outpatient investigation of postmenopausal bleeding *Br J Obstet Gynecol* 1993;100.
30. White CD. Postmenopausal bleeding a risk factor for endometrial carcinoma. *W V Med J* 1991; 87:15-7.
31. Anderson B. Diagnosis of endometrial cancer. *Clin Obstet Gynecol* 1986;13:739.
32. Procope BJ. Etiology of postmenopausal bleeding. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1971;50:311.
33. McGowan L. *Gynecologic Oncology* Appleton Century Crofts. New York. 1978:239-57.
34. Lee WH, Tan KH, Lee YW. The etiology of postmenopausal bleeding. *Singapore Med J* 1995;36:164-8.
35. Weinstein II, Slenker L, Porges RF. Diagnostic vacuum aspiration curettage. *New York State Journal of Medicine* 1977;56:1-72.
36. Panda S, Panda SN, Sarong RK, Habeebullah S. Postmenopausal bleeding. *J Indian Med Assoc*
37. Albuquerque DE, Neto LC, Sartori MG, Baracale EC, Girao MJ, deLima GR. *Rev Paul Med* 1995;113:987-91. ■



Group	No.	Scanty	%	Moderate	%	Heavy	%
Atrophic	24	16	66.3	7	29.5	1	4.2
Normal	20	5	25	8	40	7	35
Hyperplastic	37	8	21.6	12	32.4	17	46
Carcinoma	3	1	33.3	0	0	2	66.7

Table 9. Endometrial Findings and Reported Blood Loss

Group	No.	Uterine Size					
		Small	%	Normal	%	Bulky	%
Atrophic	24	17	70.8	6	25	1	4.2
Normal	20	2	10	16	80	2	10
Hyperplastic	37	2	5.4	20	54.1	15	40.5
Carcinoma	3	-	-	1	33.3	2	66.7

Table 10. Endometrial Findings and Uterine Size

Group	No.	Uterine Depth in Cm.					
		<6cm	%	6-8 cm	%	>8cm	%
Atrophic	24	16	66.3	8	33.7	0	-
Normal	20	2	10	17	85	1	5
Hyperplastic	37	3	8.1	20	54.1	14	37.8
Carcinoma	3	0	0	1	33.3	2	66.7

Table 11. Endometrial Findings and Uterine Depth

Group	No.	Interval Between Menopause and PMB (years)					
		1-5	%	6-10	%	>10	%
Atrophic	24	13	54.1	7	29.2	4	16.7
Normal	20	14	70	3	15	3	15
Hyperplastic	37	8	21.6	19	51.4	10	27
Carcinoma	3	-	-	2	66.7	1	33.3

Table 12. Endometrial Findings and Interval after Menopause



parity of our patients ranged from 0 to 17 with only 3 nulliparous patients found in the group. Although nulliparity presents a strong risk factor for endometrial carcinoma^{17,18} with Gusberg et al¹² reporting that 21.6% of their endometrial cancer study group were nulliparous, all 3 of our endometrial cancer patients were multigravida (G 7, G8, G9). The 3 nulliparous patients in this study were found to have cystic endometrial hyperplasia in 2 instances and atrophic endometrium in the third. There was a strong association of hypertension (36%), obesity (32%), and diabetes (23%) in our cases. Obesity is a well-known risk factor for the development both of endometrial hyperplasia and carcinoma due to the conversion of the adrenal prehormone androstenedione to estrone by peripheral aromatization in the adipose tissue. Women with an excess of subcutaneous fat have a higher plasma estrogen level, which leads to abnormal pathology of the endometrium.^{1,19,20} Almost one third of our patients were obese (32%). The weight of the group ranged from 43 to 119 kg. The three endometrial cancer patients were all obese with weights of 84, 96, and 108 kg. Wynder² reported in 1966 that an excess of 10-23 kg. of body weight increased the risk of endometrial cancer 3-fold and that an excess of more than 23 kg. increases the risk nearly 9 times. Other studies have confirmed these findings.^{21,22} None of our study group had used estrogen as hormonal replacement therapy (HRT), which has frequently been reported to increase the risk of endometrial disease.²²⁻²⁶ Other studies have confirmed the high incidence of hypertension, diabetes, and obesity associated with PMB.^{5,6} The finding of an increase in the amount of blood loss reported in cases of hyperplastic endometrium or carcinoma supports what has been reported by other authors.^{5,6} The increase in the interval between menopause and the onset of PMB in patients with hyperplasia and carcinoma has also been reported by others.^{5,6,27,28} The increase in uterine size found in our study in cases of hyperplasia and carcinoma also supports earlier studies.^{5,6,16} Pain was reported by 10% of the patients in this study. Kerise et al²⁸ reported a rate of 3.8% in an endometrial cancer group. Vaginal discharge with or without bloody staining and foul odor was found in about 10% of patients, mostly those with cervicitis, cervical polyps, or cervical cancer. Pelvic masses other than uterine, symptomatically inapparent but detectable by bimanual pelvic exam, were found in 2 patients and detected by scan in 4 patients. This is close to the rate of 5% reported by Reid.²⁸ The malignancy rate of 6/95 (about 6.3%) in our series contrasts with the malignancy rate ranging from 14.3% reported by White³⁰ to about 33% reported by Anderson,³¹

Procopie,³² and McGowan.³³ The incidence of benign atrophic endometrium was higher than that reported by Reid²⁹ and lower than that reported by others.⁶ Reid²⁹ also reported fewer cases of proliferative endometrium (9%) than that (16%) seen in our cases. Endometrial hyperplasia was seen in 37% of these cases. The simple type was 20%, cystic 14%, and adenomatous 3%. Other studies show less hyperplasia.²⁹ Cervical polyps were seen in 18 of our patients and endometrial polyps in 4. This varies from what has been reported by other authors. Anderson³¹ reported 17% endometrial and cervical polyps. Lidor⁶ reported 8% endometrial and 10% cervical polyps. Lee³⁴ reported 6.7% cervical polyps and fewer than 1% endometrial polyps. The endometrial carcinoma found in only 3 of our patients is much less than that reported by other studies: Miyazawa⁵ 8%, Lidor⁶ 7%, White³⁰ 14.3%, Reid²⁹ 5%, and Lee³⁴ 11%. The cervical cancer group was again found in only 3 patients who were 47, 48, and 55 (mean 48.3) years of age. Each was a multigravida (G7, G8, and G13). Two presented with post-coital bleeding and 1 presented with irregular vaginal spotting. All were squamous cell carcinoma in type. Cervical cancer was not reported by Lidor⁶ or White.³⁰ Weinstein et al³⁵ reported 1% in their study. Much higher rates were reported by Lee³⁴ (12.9%), Panda³⁶ (53%), and DeAlbuquerque³⁷ (59.26%).

CONCLUSIONS

The mean age of patients with PMB in our study is similar to that reported by others; on the other hand, our study, which contained only 3 nulliparous women, did not reveal nulliparity as an important risk factor for endometrial cancer as has been reported by others. The high association of hypertension, obesity, and diabetes separately and in combination with PMB was supported by the results of this study. The incidence of uterine and cervical carcinoma as a cause for postmenopausal bleeding is much lower than that found in many other reports. The low incidence of endometrial cancer in this group may reflect the fact that estrogen use for HRT did not occur in this population. The 3 cases of endometrial malignancy in this study were all adenocarcinomas. The 3 cases of cervical carcinoma in this study were all squamous cell in type. Benign cervical and endometrial lesions were similar in occurrence to previous reports. Endometrial hyperplasia and carcinoma were associated with heavier blood loss at the time of clinical presentation, longer interval between menopause and the onset of symptoms, and larger uterine size. These observations also support previous reports.

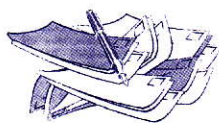


Table 6. Benign and Malignant Histopathology

carcinoma group had a uterine depth greater than 8 cm. This suggests a strong relationship between increased uterine size clinically and uterine cavity depth detected under anesthesia and abnormal endometrial tissue.

All of the patients underwent examination under anesthesia and tissue sampling. Diagnostic dilatation and curettage was used to obtain tissue samples. This is the preferred method, according to a number of studies, with a high rate of accuracy.^{3,4,5,6,7} Other methods reported in the literature include aspiration of the uterine cavity,^{8,9} and Gravelee jet irrigation.^{10,11} Histological methods are reported to be superior to cytological methods in the detection of early lesions.^{12,13} Some centers are now using hysteroscopy with endometrial sampling on a simple outpatient basis.^{14,15} The mean age of our group, 54.29 years, is similar to that reported by Miyazawa⁵ and Lidor⁶ who reported ages of 55 and 56 respectively. The 3 patients in the endometrial carcinoma group were 60, 62, and 65 years old. This is similar to the mean ages of 66.3 and 65.6 reported in other studies.^{6,16} The

Table 7. Endometrial Findings and Age Categories

Table 8. Endometrial Findings and Parity



Associated Disease Condition	No.
Diabetes mellitus	23
Obesity	32
Hypertension	36
Diabetes + obesity + hypertension	18
Thyroid disease	1
Mental illness	0
Anemia (Hb<11g%)	10
Other blood disorders	0
Ischemic heart disease	4
Other heart disease	0
Estrogen hormonal therapy in fertility 1 ^o or 2 ^o	5
Abnormal premenopausal bleeding	23
Breast Diseases	1
Others: Renal disease	2
Tuberculosis	2
Bronchial asthma	4
Liver disease	1
CNS (hemiplegia)	1

Table 3. Associated Medical Conditions

*N.B. Patients had more than one disease

Clinical Findings	No.
Cervix: Growth	2
Erosion	12
Polyp	18
Uterine size: Small	21
Normal	59
Bulky	20
Adnexal mass	
(ovarian): Palpated	2
Detected by scan	4

Table 5. Abnormal Findings Detected on Physical Examination

The abnormal findings noted on examination are shown in Table 5. Atrophy of the vulva, vagina, and cervix and small uterine size are considered normal findings. Uterine size was considered abnormal if it was felt to be bulky. This was noted in 20 cases. Only one of these cases was proved to have fibroids by scan.

In Table 6, the histopathological findings are reported. Five specimens could not be processed. Some patients had abnormal pathology at more than 1 site.

Symptoms	No.
Spotting 1 attack	12
>1 attack	18
Post-coital bleeding 1 attack	0
>1 attack	2
Moderate blood loss 1 attack	16
>1 attack	20
Severe blood loss 1 attack	20
>1 attack	12
Interval between menopause and PMB	
1-5 years	38
6-10 years	42
>10 years	20
Pain	10
Obvious abdominal mass	0
Foul smelling discharge	10

Table 4. Clinical Symptoms and History at presentation
(Symptoms may have been multiple)

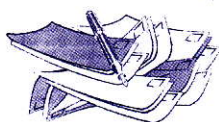
Endometrial histopathology was analyzed separately against different clinical parameters. There are four categories of endometrial tissue: atrophic, normal (proliferative or secretory), hyperplastic, and endometrial carcinoma. In Table 7, the endometrial findings are analyzed according to patient age. All cases of endometrial cancer were seen in patients over the age of 50.

Endometrial histopathology was analyzed according to parity as seen in Table 8. It is of interest that no cases of endometrial carcinoma were found in nulliparous patients.

In Table 9 it is shown that two thirds of patients with atrophic endometrium had scanty blood loss. In the hyperplastic and carcinoma groups, 31 from 40 patients had moderate to heavy blood loss.

Uterine size according to endometrial group is tabulated in Table 10. The uterine size was felt to be bulky in 17 of the 40 patients in the hyperplastic or carcinoma groups. The 1 bulky uterus in the atrophic group was attributed to a small subserous fibroid detected on sonography.

Table 11 shows the measurement of the uterine cavity taken at the external cervical os at the time of EUA. The uterine size was more than 6 cm. in 37/40



INTRODUCTION

The cessation of menstruation is the cardinal symptom of the menopause, and postmenopausal bleeding is defined as that vaginal bleeding which occurs more than one year after the last menstrual period. Postmenopausal bleeding is considered an important and alarming symptom both to the patient and to the gynecologist, and it requires a complete evaluation as quickly as possible in order to ensure the absence of malignancy and to identify and treat high risk patients such as those with endometrial hyperplasia. The ovarian influence on the endometrium will be absent in a postmenopausal woman due the absence of ovarian follicular units, but if estrogen is still available to the endometrium from other sources, it may lead to endometrial proliferation which may develop into hyperplasia or even carcinoma. Extragonadal sources of estrogen include exogenous estrogen replacement therapy and the peripheral conversion of circulating prehormones such as the conversion of androstenedione to estrone in the adrenal cortex (stress) and fat cells (obesity).^{1,2} The efficiency of the aromatase enzyme increases with age and may be a compensatory mechanism for the menopausal loss of estrogen. Other possible abnormal sources of estrogen are the hormonal secreting ovarian tumor and the reduced metabolic clearance of androstenedione in liver disease, congestive heart failure, and thyroid disease.

MATERIALS AND METHODS

All cases of PMB were admitted to the Gynecology Department of Al Jamahiriya Hospital, Benghazi where a detailed history and physical were performed. Laboratory investigations included blood group and Rh factor, fasting blood sugar, liver function tests, bleeding time, clotting time, CBC, urinalysis, diagnostic pelvic ultrasound, ECG, chest x-ray, thyroid function tests, lipid profile, and Pap smear. The patients were evaluated by an anesthetist and re-examined in detail under general anesthesia. Fractional curettage was performed for histopathological examination.

RESULTS

The patients were analyzed according to the following parameters: age, parity, associated medical disease, symptoms, abnormal clinical findings detected prior to dilatation and curettage, and various benign and malignant histopathological findings. The endometrial histology was then analyzed in terms of patient age, parity, history of blood loss,

uterine size, uterine depth, and the interval between menopause and the onset of PMB.

The patients ranged in age from 39 to 80 years with a mean of 54.29. The most affected ages were between 50 to 64 years of age (68%). See Table 1.

Age Group in Years	No.	%
<45	4	4
45-49	16	16
50-54	29	29
55-59	21	21
60-64	18	18
65-69	4	4
70 or >	8	8

Table 1. Age Distribution

The parity of the patients ranged from 0 to 17. Only 3 patients (3%) were nulliparous. Most were grand multiparous. See Table 2.

Parity	No.	%
0	3	3
1-5	15	15
6-10	52	52
>10	30	30
Total	100	

Table 2. Parity Distribution

Table 3 shows that the most common medical diseases noted were hypertension (36%), obesity (32%), and diabetes (23%). The three conditions in combination were found in 18% of the patients. Abnormal premenopausal bleeding, mostly in the form of menorrhagia or polymenorrhagia had been detected in 23% of the patients.

Table 4 demonstrates the pertinent history and symptoms at the time of clinical presentation.

There was a variable amount of blood loss reported. None of the patients reported feeling a mass. The pain reported by 10 of the patients might be explained on the basis of pelvic congestion, malignant invasion, or incidental benign pathology such as urinary tract infection. The interval between the onset of menopause and PMB was variable. In 38 of the patients it was less than 5 years, while in 62 of the patients, it was 6 years or more.



POSTMENOPAUSAL BLEEDING IN LIBYA A STUDY OF PREDISPOSING FACTORS AND ASSOCIATED PATHOLOGY

النزف بعد سن الضهي في ليبيا دراسة للعوامل المؤهبة والآفات المصاحبة

Fariha M. Buzghia, M.D.

د. فريحة بوزقية

ABSTRACT

Objectives: This project was designed to study postmenopausal bleeding (PMB) in Libya in terms of etiology, risk factors, incidence of malignancy, and associated pathology.

Patients & Materials: One hundred cases of PMB admitted to Al Jamahiriya Maternity Teaching Hospital in Benghazi, Libya from October 1, 1997 to June 30, 1998 underwent a detailed history and clinical examination including full laboratory investigation, pelvic ultrasound, and examination under anesthesia (EUA) with dilatation and curettage and tissue sampling.

Results: The age range was from 39 to 80 years with a mean of 54.29. Benign pathology was found in 89/95 cases. (Five specimens could not be included in the study). These included senile atrophic endometrium, normal functioning endometrium, endometrial hyperplasia, endometritis, endometrial polyps, cervicitis, and cervical polyps. Malignant pathology was found in 6/95 cases including 3 cases of cancer of the cervix and 3 cases of adenocarcinoma of the endometrium.

Conclusions: Postmenopausal bleeding is an important symptom and requires careful and prompt evaluation to eliminate the possibility of malignancy as quickly as possible.

ملخص البحث

الهدف: دراسة النزف بعد سن الضهي في ليبيا، من حيث الأسباب، وعوامل الخطورة، ونسبة الخباثة والآفات المصاحبة. المجموعة المدروسة: ضمت 100 حالة إصابة بالنزف بعد سن الضهي، شوهدت في مشفى الجماهيرية التعليمي في بنغازي، ليبيا، بين الشهر العاشر عام 1997 وحتى نهاية الشهر السابع من عام 1998.

طريقة الدراسة: أجري فحص سريري تضمن فحوص مخبرية كاملة وفحص بالأموح فوق الصوتية للحوض. تم الفحص تحت التخدير، بالتوسيع والتجريف وأخذ عينات نسيجية.

النتائج:

- تراوح العمر بين 39-80 عاماً، بوسطي 54.29 عاماً.
 - كانت الحالات حميدة لدى 89 من 95 حالة، بعد استثناء خمس عينات من الدراسة؛ تضمنت ضمور بطانة الرحم، أبطانة ذات وظيفة طبيعية، أوفرط تنسج بطانة الرحم، أو التهاب بطانة الرحم، أو مرجلات البطانة، أو التهاب عنق الرحم، أو مرجلات عنق الرحم.
 - وجدت الخباثات لدى 6 من 95 حالة؛ تضمنت 3 حالات سرطان عنق رحم، و 3 حالات سرطانة بطانة رحم غدية.
- الخلاصة:** إن النزف بعد سن الضهي عرض هام ويتطلب عناية وسرعة في التقييم لاستبعاد خباثة محتملة.

* Fariha M. Buzghia, M.D., Department of Obstetrics and Gynecology, AL Arab Medical University, Benghazi, Libya.

Organism	No. of Isolates	%
<i>A. niger</i>	42	50
<i>A. flavus</i>	17	20
<i>A. aculeatus</i>	12	14
<i>A. nidulans</i>	5	6
<i>A. versicolor</i>	4	5
<i>A. candidas</i>	2	3
<i>A. fumigatus</i>	1	1
<i>A. parasiticus</i>	1	1
Total	84	100

Table 4 Organism, No. of Isolates, and Percentages

DISCUSSION

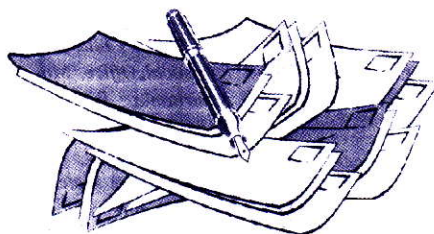
The infecting organisms in otomycosis in Sudanese patients were found to be predominantly due to *Aspergilli* of various species. The most common species were *niger* and *flavus*. These results are comparable with the results obtained by Enweani and Igumbor⁵ from Nigeria, Yehia et al⁶ from Iraq, and Giti-Roy⁷ from India. *Candida* infections were not encountered in the group studied. Infection with a single organism was noted in the majority of cases (72%), and the most prevalent organism was *A. niger* (50%). *A. parasiticus* was only isolated from mixed infections. This casts some doubt on its real etiological role as an infecting organism. The different fungal infections can be suspected on otoscopy by noting the color of the fungal debris. In *A. niger* infections, the conidiophores may be seen as black specks in the debris,⁸ in *A. flavus* as yellow, and in *A. aculeatus* as brown.

CONCLUSION

Otomycosis in Sudanese patients are predominantly due to *Aspergilli* of various species. Fungal infection of the skin of the external canal is usually unilateral disease and should be suspected whenever there is a history of itching, earache, and colored debris detected on otoscopy.

REFERENCES

1. Lucente FE. Fungal infections of the external ear. *Otolaryngol Clin North Am* 1993;26 (6):995-1006.
2. Maran AGD and Stell PM. *Clinical otolaryngology*. London: Blackwell Scientific Publications, 1979:174.
3. Donisi A, Spinetti A, Chiodera A, Carosi G. Otomycosis due to *Aspergillus fumigatus* in a patient with AIDS. *Mediterranean Journal of Infectious and Parasitic Diseases* 1995;10:55-56.
4. Samson RA and Pitt JI. *Modern concepts in Penicillium and Aspergillus classification*. New York and London: Plenum Press, 1990:478.
5. Enweani IB. Prevalence of otomycosis in malnourished children in Edo State, Nigeria. *Mycopathologia* 1997;140:85-7.
6. Yehia MM, Al Habib HM, Shehab NM. Otomycosis: a common problem in North Iraq. *J Laryngol and Otol* 1990;104:387-89.
7. Gita Roy. A survey of otomycosis in Calcutta metropolis. *Journal of the National Botanical Society* 1990;44:1-2,103-5.
8. Ballantyne J, Groves, J. *Scott Brown's Diseases of the ear, nose, and throat. The EAR*. Butterworths, 4th Edition. 1979;108-9. ■



INTRODUCTION

Otomycosis is a superficial mycosis of the external auditory canal skin. It is characterized by severe itching of the external ear canal skin, otalgia, and mild conductive deafness if the external ear canal is blocked by fungal mass or edema. On otoscopy, the external ear canal is full of fungal debris, hyphae, and spores. The color of the fungal debris depends largely on the nature of the infecting organism. The condition is most commonly due to *Candida* and *Aspergillus* of various species.¹

In the presence of skin debris, the external ear canal offers the right temperature and humidity for fungal growth. Otomycosis exists in two clinical forms: a primary and a secondary. Primary otomycosis is common in tropical conditions where fungi and fungal spores are abundant in the environment. Secondary otomycosis occurs as a result of prolonged or unnecessary use of broad spectrum antibiotic ear drops which suppress the normal bacterial flora of the external canal skin to the benefit of fungi.² Secondary otomycosis occurs in both temperate and tropical climates.

Donisi et al³ reported *A. fumigatus* as a cause of deep mycosis in a patient with AIDS with involvement of the middle ear, compression of the facial nerve and lung invasion.

MATERIALS AND METHODS

This study was carried out during the hot humid part of the year (July-August) 1996 at Wad Medani, Gezira State, Central Sudan. All 64 patients who presented with clinically suspected otomycosis had ear swabs taken. All patients had unilateral disease. Swabs were immediately cultured on Czapek agar (CZA) medium and incubated for 7 days at 25°C in complete darkness. Identification was determined using the method described by Samson and Pitt⁴ through observation of the fruiting structure (head, stipe, metula, phialide and conidia) as well as color of conidia in mass and color produced in the mycelium in contact with agar medium.

RESULTS

In 46 patients (72%), cultures obtained grew only one organism. In the remaining 18 patients (28%), cultures grew two or more organisms in various combinations. In mixed cultures, two organisms were grown from 16 patients (25%) and three organisms from 2 patients (3%). See Table 1.

Type of infection	Number of Cases	%
1 organism	46	72
2 organisms	16	25
3 organisms	2	3
TOTAL	64	100%

Table 1. Types of fungal infection

The organisms isolated as a single organism infection (Table 2) were *A. niger* in 26 patients (56.5%), *A. flavus* in 9 patients (19.6%), *A. aculeatus* in 5 patients (10.9%), *A. nidulans* in 4 patients (8.6%), *A. candidas* and *A. versicolor* in 1 patient each (2.2%).

Organism	No. of Cases	%
<i>A. niger</i>	26	56.5
<i>A. flavus</i>	9	19.6
<i>A. aculeatus</i>	5	10.9
<i>A. nidulans</i>	4	8.6
<i>A. candidas</i>	1	2.2
<i>A. versicolor</i>	1	2.2
Total	46	100

Table 2. The organisms in patients infected with a single organism

In 18 patients (28%), the organisms isolated were mixed infections with two or more organisms (Table 3) mainly *A. niger* and another *Aspergillus* or more.

Organism	No. of Cases	%
<i>A. niger</i> + <i>A. flavus</i>	7	39
<i>A. niger</i> + <i>A. aculeatus</i>	4	22
<i>A. niger</i> + <i>A. nidulans</i>	1	5.6
<i>A. niger</i> + <i>A. fumigatus</i>	1	5.6
<i>A. niger</i> + <i>A. versicolor</i>	1	5.6
<i>A. versicolor</i> + <i>A. candidas</i>	1	5.6
<i>A. versicolor</i> + <i>A. aculeatus</i>	1	5.6
<i>A. niger</i> + <i>A. aculeatus</i> + <i>A. flavus</i>	1	5.6
<i>A. niger</i> + <i>A. aculeatus</i> + <i>A. parasiticus</i>	1	5.6
Total	18	100

Table 3. Organisms causing mixed infections, numbers, and percentages

Table 4 shows the number and percentages of different isolates. *A. niger* was isolated from 42 patients (50%); *A. flavus* was isolated from 17 patients (20%); *A. aculeatus* was isolated from 12 patients (14%); *A. nidulans* was isolated from 5 patients (6%); *A. versicolor* was isolated from 4 patients (5%); *A. candidas* was isolated from 2 patients (3%); , and *A. fumigatus* and *A. parasiticus* each isolated from 1 patient (1%).

THE CAUSATIVE ORGANISMS OF OTOMYCOSIS IN SUDANESE PATIENTS

أنماط الفطار الأذني عند المرضى السودانيين

Osman M. El Mustafa, M.D.; Nafisa El Mahi Ahmed, M.D.

د. عثمان محمد المصطفى، د. نفيسة الماحي أحمد

ABSTRACT

Objective: to determine the causative organisms of otomycosis in Sudanese patients

Design: Prospective study of consecutive patients with clinically suspected otomycosis

Setting: ENT Department, Wad Medani Teaching Hospital, Sudan

Subjects: 64 Sudanese patients

Interventions: Ear swabs cultured for fungal growth

Results: All 64 patients had unilateral disease. Infection involved one organism in 46 (72%) patients. Infection involved 2 organisms in 16 (25%) patients. Three organisms were involved in 2 (3%) patients. Eighty four isolates were obtained: 42 (50%) were *Aspergillus niger*; 17 (20%) were *A. Flavus*; 12 isolates (14%) were *A. aculeatus*; 5 isolates (6%) were *A. nidulans*; 4 isolates (5%) were *A. versicolor*; 2 isolates (3%) were *A. candida*; 1 isolate (1%) each occurred for *A. fumigatus* or *A. parasiticus*.

Conclusion: Otomycosis in Sudanese patients is predominantly due to *Aspergilli* of various species and it is usually a unilateral ear disease. No *Candida* species were encountered in this study.

ملخص البحث

الهدف : تحديد الكائنات الحية المسببة للفطار الأذني عند المرضى السودانيين .

التصميم : دراسة مستقبلية لحالات فطار أذني متتابعة مشتبه بها بالفحص الأذني.

المكان : مستشفى ود مدني التعليمي، قسم الأذن والأنف والحنجرة ود مدني السودان.

العينات : 64 حالة مرضية متلاحقة لحالات فطار أذني أخذت منها مسحات للزراعة في منابت الفطريات .

النتائج : جميع الحالات الـ 64 المشتبه فيها كانت أحادية الجانب . 46 حالة (72%) كان المسبب لها نوع واحد من الفطور، بينما في 16 حالة 25% كان الفطر المسبب نوعين من الفطور ، وفي حالتين 3% كان المسبب ثلاثة أنواع من الفطور .

عزلت 84 عينة من كل المرضى وجدت جميعها من الرشاشيات المختلفة الأنواع: 42 عينة (50%) من الرشاشيات السوداء ، و 17 عينة (20%) من الرشاشيات الصفراء ، و 12 عينة (14%) من الرشاشيات الشائكة ، و (5) عينات (6%) من الرشاشيات من نوع نديولانس و 4 عينات (5%) من الرشاشيات من نوع فيوسيكولور، وعينتين (3%) من الرشاشيات البيض ، وفي حالة واحدة (1%) كانت الرشاشيات من النوع الطفيلي أو من نوع فيوميفاتوس . في هذه الدراسة لم تصادف حالات إصابة بالمبيضات البيض .

الخلاصة : الفطار الأذني في المرضى السودانيين تسببه غالباً الرشاشيات المختلفة مع إصابة أحادية الجانب وفي هذه الدراسة لم تصادف أية إصابة بفطر المبيضات البيض .

* Osman M. El Mustafa, M.D., Assistant Professor, Department of Surgery, University of Gezira, P.O. Box 20, Wad Medani, SUDAN.

* Nafisa El Mahi Ahmed, M.D., Professor and Head Department of Plant Pathology, Agricultural Research Corporation, P.O. Box 126 Wad Medani, SUDAN.

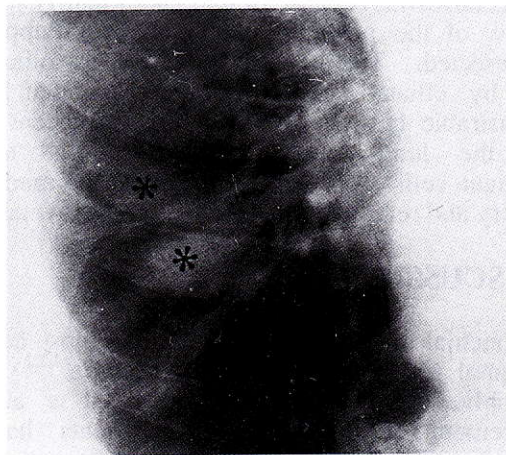


Figure 3 Chest x-ray showing a bronchocele (*) in the left upper lobe secondary to an obstructing endobronchial carcinoma that was demonstrated at bronchoscopy.

CONCLUSION

In conclusion, the diagnosis of CBA should be considered in the presence of a bronchial mucocoele and regional hyperinflation of the lung. Bronchoscopy and CT should be performed to exclude an acquired

proximal bronchial obstruction such as bronchial carcinoma. See Figure 3. Recognition of the anomaly radiographically and by CT may prevent unnecessary surgery in an otherwise asymptomatic individual.

REFERENCES

1. Jederlinic PJ, Sicilian L, Baigelman W et al. Congenital bronchial atresia. A report of four cases and a review of the literature. *Medicine* 1986;65:75-83.
2. Remy-Jardin M, Remy J, Ribet M et al. Bronchial atresia: diagnostic criteria and embryologic considerations. *Diagn Interv Radiol* 1989;1:45-51.
3. Beigelman C, Harath NR, Chartrand LE, Februne C et al. Congenital anomalies of the tracheobronchial branching pattern: spiral CT aspect in adults. *Eur Radiol* 1998;8:79-85.
4. Haller JA, Tapas JJ, White JJ et al. The natural history of bronchial atresia. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1980;79:868-872.
5. Cohen AM, Solomon EH, Alfidi RJ. Computed tomography in bronchial atresia. *Am J Radiol* 1980;135:1097-1099.
6. Ko SF, Lee True Y, Kao EL et al. Bronchial atresia associated with epibronchial right pulmonary artery and aberrant right middle lobe artery. *Br J Radiol* 1998;71:217-220.



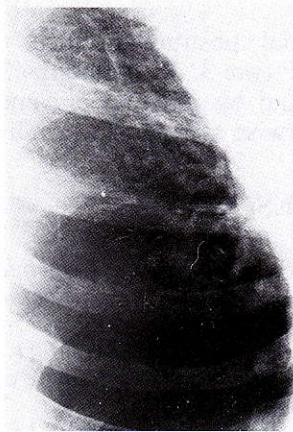


Figure 1 Chest x-ray showing a rounded opacity (*) adjacent to the left hilum with an area of regional hyperlucency

At this stage, malignancy was suspected. Fiberoptic bronchoscopy was performed and no endobronchial lesion was identified. Transbronchial biopsy specimens were negative for malignancy. A CT scan revealed a lobulated mass in the left upper lobe surrounded by an area of increased translucency. See Figure 2.

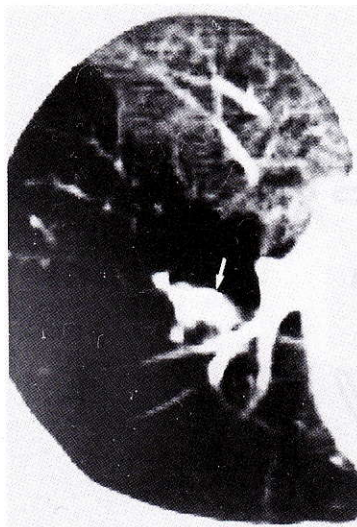


Figure 2 Computed tomography demonstrating the bronchocele (arrow)

No mediastinal lymph adenopathy was demonstrated. The findings were thought to be compatible with the diagnosis of congenital bronchial

atresia; however, because of the risk of malignancy and in view of the patient's symptoms, the left upper lobe was resected. The histology showed a solitary cyst lined by ciliated columnar epithelium that had no demonstrable bronchial connection. Adjacent to the cyst, the lung parenchyma was normal and no malignant cells were found. The patient made a full recovery and remains symptom free on follow up.

DISCUSSION

Bronchial atresia is the second most common congenital tracheobronchial malformation.^{1,2,3} Almost invariably, a single lung segment is affected. Involvement of multiple lung segments has been reported only in a few cases.¹ Most patients are asymptomatic at the time of presentation; however, some may present with dyspnea. Pneumonia and bronchial asthma have been reported in some cases.¹ The diagnosis of CBA is often suggested by CT. The chest x-ray typically shows the mucus filled bronchi (bronchocele) as rounded, branching opacities radiating from the hilum.¹ The adjacent lung shows features of air trapping and produces an area of regional hypertranslucency around the affected bronchi.^{1,4} Computerized tomography is a very sensitive method for demonstrating the typical features of CBA including the air trapping which can be clearly depicted by performing expiratory CT.^{3,5} In addition, CT is useful in excluding the presence of a hilar mass and depicting the virtually pathognomonic appearance of a non-enhancing branching opacity surrounded by regional hypertranslucency.² High resolution CT scanning also allows precise delineation and localization of the lesion due to improved spatial resolution.² Spiral CT with multiplanar reformation can be useful in distinguishing a bronchocele from other nodular lesions such as intrapulmonary vascular malformations.³

Bronchoceles are seen not only with CBA but may also develop secondary to acquired bronchial obstruction and in association with allergic bronchopulmonary aspergillosis as a complication of bronchial asthma.⁶ They may be confused with vascular anomalies within the lung. Other lesions that may mimic CBA include interlobular sequestration and pulmonary bronchial cyst; these conditions very rarely exhibit the feature of hyperaeration around the pulmonary mass.^{1,6} The traditional treatment of suspected CBA is surgical resection to confirm the diagnosis and to avoid the associated complications;² however, with modern imaging techniques and fiberoptic bronchoscopy, it is now possible to make a firm diagnosis of CBA and avoid unnecessary surgery in asymptomatic cases.



CONGENITAL BRONCHIAL ATRESIA A RARE ANOMALY WHICH CAN BE MISTAKEN FOR A BRONCHOGENIC TUMOR

الانسداد القصبي الولادي: تشوه نادر يمكن أن يختلط بالورم القصبي

Khalid M. Al- Daoud, M.D.

د. خالد الداود

ABSTRACT

Congenital bronchial atresia (CBA) is a rare anomaly that results from a congenital focal obliteration in the proximal development of the bronchi. Short atretic segments lead to an accumulation of mucus within the distal bronchi to form a bronchocele and underventilation of the affected lung segment. Radiographically, CBA is characterized by the presence of a branching opacity, the bronchocele, radiating from the hilum and surrounded by an area of hyperlucency. These features can be recognized on the chest radiograph, but they are even more clearly defined by computerized tomography.

المخلص

الانسداد القصبي الولادي هو تشوه خلقي نادر ينتج عن انسداد خلقي في الجزء القريب من قصبة رئيسية مما يؤدي لتجمع المفرزات المخاطية في الجزء الأبعد مسبباً قيلة قصبية، ونقص تهوية في النسيج الرئوي الموافق . شعاعياً، يتميز الانسداد القصبي الموضع الولادي بوجود كثافة منتشرة من السرة الرئوية محاطة بمنطقة ناقصة الكثافة، دالة على القيلة القصبية.

لهذا يمكن كشف الآفة بواسطة الصور البسيطة للصدر، لكنها تكون أكثر وضوحاً بواسطة التصوير الطبقي المحوري.

INTRODUCTION

Bronchial atresia is a rare anomaly first described by Falor and Kyriakides in 1949. It is a local obliteration of the proximal lumen of a segmental bronchus which results from local interruption of bronchial arterial perfusion late in fetal life^{3,4} or from the separation of a tip of a primordial bronchial bud from the bud which then continues to develop.⁴ The bronchial tree distal to the obstruction is patent and contains mucus plugs while the alveoli distal to the obstruction are air filled due to collateral air drift. The left upper lobe is affected in most of the cases^{2,6} followed in frequency by the left lower lobe. The right lower and middle lobes are rarely involved. The abnormality is found as an incidental finding in about 50% of cases. It is most often seen in young men and frequently produces no signs or symptoms.¹

The radiographic features may be highly suggestive of the diagnosis. The involved segment is overexpanded as a result of collateral air drift with expiratory air trapping. A finger-like projection lateral to the hilum, which is due to a mucus filled bronchus, is characteristic.^{4,5}

CASE HISTORY

A 30 year old man was referred to the chest clinic at King Hussein Medical Center with a 3 month history of non-specific discomfort and infrequent hemoptysis. The patient had smoked 30 cigarettes daily for the previous 10 years. On examination, there were reduced breath sounds in the left upper lung field. Pulmonary function tests were unremarkable. A chest x-ray showed a rounded opacity in the left upper lobe. See Figure 1.

* Khalid M. Al- Daoud FRCR, B.O.Box 357 Alramtha, Jordan.

من أعلام الأطباء العرب: أبو القاسم الزهراوي

امتاز برسومه للآلات الجراحية وآلات خلع الأسنان المستعملة في زمانه، كما يعتبر الزهراوي من خلال هذا المؤلف أول من ربط الشرايين زمنًا طويلًا قبل (امبروازبايه)، وأول من استعمل السنابير في استئصال العنبيبة (البوليب)، ويعترف (سبرنجل) أن الزهراوي أول من علم طريقة استئصال الحصى المثانية لدى النساء عن طريق المهبل، وأول من وصف الاستعداد الخاص في بعض الأجسام للتنظيف (هيموفيليا)، وجاء في كتاب الطب العربي، أن الزهراوي نجح في عملية شق القصب الهوائية (تراكيوتومي)، كما عمل عملية تفتيت الحصى في المثانة.

اخترع الزهراوي آلة جديدة لشفاء الناسور الدمعي، وعالج عددًا من الأمراض بالكي مثل الأكلة والنزف، وبحث في قطع اللحم في اللثة ووصف جرد الأسنان بالحديد، وفصل في استخراج الأسنان بلطف وتؤده وصور الأدوات والآلات المستعملة والأدوية القاطعة للنزف وحذر من الاقتداء بالدجالين والجهال وطرقهم السريعة التي قد تؤدي إلى كسر في الفك، فضاهى بذلك أطباء القرن العشرين بشهادة مؤرخ طب الأسنان الأمريكي "أبسل" Absel. وبحث في فصول أخرى تشبيك الأضراس بخيوط الفضة والذهب، وقطع الرباط الذي يعرض تحت اللسان ويمنع الكلام، وفي استئصال اللوزتين، وقطع ورم اللهاة، وكيفية استئصال سرطان الثدي مع تفضيل الكي على الشق، ووصف أربع طرق لرد فك المنكب، منها الطريقة المستعملة اليوم والمعروفة بطريقة "كوشر" Kocher.

ويخرج الدكتور "خير الله" بعد مطالعة هذا الكتاب بالقول "... ومن يطالع كتابه لا يتمالك عن الاعتقاد بأنه قد شرح الجثث هو نفسه، لأن وصفه الدقيق لأجراء العمليات المختلفة لا يمكن أن يكون نتيجة نظريات فقط..." ■

المراجع

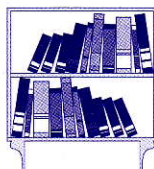
- * علماء العرب وما أعطوه للحضارة " قدري حافظ طوقان. دار الكتاب العربي ومنشوراته. الفاخرية.
- * كتاب الموسوعة: علماء العرب " د. يوسف فرحات. تراديسيم 1986.

هو أبو القاسم خلف ابن عباس الزهراوي، نسبة إلى مدينة الزهراء التي بناها أمويو الأندلس إلى الغرب الشمالي من مدينة قرطبة، عاش في النصف الثاني من القرن الرابع الهجري (العاشر الميلادي) وتوفي على الأرجح سنة 404 هـ. هو طبيب وجراح ومصنف، يعد من أعظم جراحي العرب ومن أعظم أطبائهم، بل هو جراح العرب الأكبر، ولو لم يشتهر بهذا الفن لكان إمام أطباء العرب. لم يكن الزهراوي جراحًا ماهرًا فحسب، بل كان حكيماً ذا خبرة واسعة بالأدوية المفردة والمركبة، جيد العلاج، جمع فروع الطب والصناعة ومهر فيها جميعاً فصاح فيه قول المعطوف: هو أشهر أطباء العرب الثلاثة، وصنواه الرازي وابن سينا.

يعد كتابه "التصريف لمن عجز عن التأليف" موسوعة طبية وصفه بعضهم بأنه دائرة معارف، يقع في ثلاثين مجلداً، قسمه الزهراوي إلى ثلاثة أقسام: الأول في الطب الداخلي، والثاني في الجراحة، والثالث في علم الأدوية المفردة والمركبة. أشهر هذه الأقسام هو: قسم الجراحة، وهو أفضل ما أنتجه العرب في هذا الفن وسماه بعضهم "العمل باليد" و "الصناعة الطبية"، وهو ما يسمى اليوم بالجراحة بفروعها. بقي هذا الكتاب المعتمد عند جراحي أوروبا ودليلهم وكتاب التدريس في جامعاتهم حتى أواخر القرن الثامن عشر الميلادي، وقد أفرد قسماً مهماً من كتابه لأمراض العين، والأذن، والحنجرة وقسماً مهماً لأمراض الأسنان واللثة واللسان وأمراض النساء وفن الولادة والقبالة وباباً كاملاً للجبر وعلاج الفك والكسر.

ترجم "جيراردي كريمونا" قسم الجراحة إلى اللاتينية، كما وترجم إلى العبرية، وقام "لوكلير" Leclerc بترجمته إلى الفرنسية ونشر في باريس سنة 1861م، ويتجلى من هذا الكتاب أن الزهراوي أول من فرق بين الجراحة وغيرها من المواضيع الطبية وجعل أساسها قائماً على التشريح.

يشرح الزهراوي في هذا القسم، العمليات ويبين آلاتها، وقد



ملخصات

طبية

مختارة

**Selected
Abstracts**

■ صحة عامة

كانت معايير النتائج الأولية هي التغير في تركيز خضاب الدم لدى الأطفال، والوزن، والطول، وطوال فترة الدراسة. وقد أجريت أيضاً دراسة مخبرية حول الحديد الكلي والمتوفر في الغذاء الأثيوبي التقليدي المطهو في الأواني المصنوعة من الحديد والألمنيوم والغضار. شملت الدراسة 407 أطفال، واحداً من كل منزل.

النتائج:

- كان التغير في تركيز الخضاب أكبر في المجموعة التي تستخدم الأواني الحديدية من المجموعة التي تستخدم الأواني المصنوعة من الألمنيوم (وسطى التغير بعد 12 شهراً 1.7 مقابل 0.4 غ/دسل، وسطى الاختلاف بين المجموعات 1.3 غ/دسل).

- كان وسطى الاختلاف في اكتساب الوزن والطول بين المجموعات (المضبوط وفقاً للوزن أو الطول الأساسيين) بعد 12 شهراً يعادل 0.1 كغ و 0.6 سم.

- أظهرت الدراسة المخبرية أن الحديد الكلي والمتوفر كان أعلى في الأطعمة المطهية في الأواني الحديدية، ماعداً في حالة الحديد المتوفر في البقول، حيث لم يشاهد اختلاف بين أنواع الأواني المستخدمة.

الخلاصة: إن نسبة حدوث فقر الدم أقل لدى الأطفال الأثيوبيين الذين تتم تغذيتهم بأطعمة مطهية في أوان حديدية أقل ونموهم أفضل من الأطفال الذين يطهى طعامهم في أوعية من الألمنيوم. وإن استخدام مثل هذه الأواني في الدول النامية قد يكون طريقة مفيدة لتجنب الإصابة بفقر الدم الناجم عن نقص الحديد.

عدم تحمل وضعة الانتصاب

في متلازمة التعب المزمن لدى المراهقين

Orthostatic Intolerance

in Adolescent Chronic Fatigue Syndrome

Pediatrics 1999 Jan; 103(1): 116-21

هدف الدراسة: توضيح العلاقة بين عدم التحمل الانتصابي ومتلازمة التعب المزمن CFS لدى المراهقين، ووصف الشكل الذي يتخذه عدم التحمل.

طريقة الدراسة: تمت دراسة استجابة سرعة ضربات القلب وضغط الدم لاختبار الطاولة المائلة (HUT) Head-up Tilt لدى 26 مراهقاً تتراوح أعمارهم بين 11 و 19 عاماً مصابين بمتلازمة التعب المزمن، وقد تمت مقارنة استجاباتهم مع استجابة 26 مراهقاً اعتبروا مرجعاً لتقييم الإعياء البسيط، ومجموعة الشاهد المؤلفة من 13 مراهقاً أصحاء مماثلين بالعمر.

دور توليد الحرارة بنشاط غير رياضي في مقاومة اكتساب الدهون لدى الإنسان

Role of Nonexercise Activity Thermogenesis In Resistance to Fat Gain in Humans

Science 1999 Jan 8; 283 (5399): 212-4

خلفية الدراسة: أظهر الإنسان اختلافات فردية واضحة في قابليته لاكتساب الوزن نتيجة الإفراط في تناول الطعام. طريقة الدراسة: تم بحث الأسس الفيزيولوجية لهذه الفروق بواسطة قياس التغير في مخزون ومصرف الطاقة لدى 16 متطوعاً غير بدين، يتناولون 1000 سعرة حرارية يومياً إضافة إلى تلك اللازمة للحفاظ على الوزن، لمدة 8 أسابيع.

النتائج:

كان سبب ثلثي الارتفاع في مصروف الطاقة اليومي الكلي يعود إلى تزايد توليد الحرارة بنشاط غير رياضي (NEAT)، والذي يترافق مع التملل وهو قلق متميز بحركات عصبية، وضبط الوضعية، ونشاطات فيزيائية أخرى في الحياة اليومية. كانت التغيرات في الـ NEAT تعود إلى الاختلاف الحاصل في مخزون الطاقة بمقدار 10 أضعاف، وتؤدي مباشرة إلى مقاومة اكتساب الدهون عند الإفراط في تناول الطعام. الخلاصة: تشير هذه الدراسة إلى أنه عندما يفرط الإنسان في تناول الطعام فإن تحريض توليد الحرارة بنشاط غير رياضي يؤدي إلى تبديد الطاقة الزائدة مما يحافظ على النحول، أما الإخفاق في التحريض فيمكن أن يوجب لاكتساب الدهون.

تأثير تناول الأطعمة المطهية في الأوعية الحديدية

على حالة الحديد والنمو لدى الأطفال الصغار:

دراسة عشوائية

Effect of Consumption of Food Cooked in Iron Pots Iron Status and Growth of Young Children: A Randomised Trial

Lancet 1999 Feb 27; 353 (9154): 712-6

هدف الدراسة: إن الدول الأقل تطوراً بحاجة إلى استراتيجيات جديدة لمراقبة فقر الدم الناجم عن نقص الحديد، وهو الشكل الأكثر شيوعاً لسوء التغذية.

طريقة الدراسة: أجريت محاولة عشوائية موجهة مأخوذة من المجتمع لتقدير تأثير أواني الطهو المصنوعة من الحديد أو الألمنيوم لدى الأطفال الصغار الأثيوبيين. تم التحليل بهدف المعالجة.



النتائج:

- أصيب 4 من 13 مراهقاً من مجموعة الشاهد، و 18 من 26 من مرضى الإعياء البسيط بإعياء نموذجي مصحوب بانخفاض حاد ومفاجيء في ضغط الدم وسرعة القلب وترافق بفقدان الوعي.

- مريض واحد من مرضى متلازمة التعب المزمن CFS كان لديه HUT طبيعي.

- 25 من 26 مريضاً مصاباً بمتلازمة التعب المزمن عانوا من أعراض انتصابية شديدة، كانت مصحوبة بإغماء لدى 7 من 25، وأصيب 15 من 25 بتسرع قلب انتصابي مع انخفاض الضغط الشرياني، في حين أصيب 3 من 25 بتسرع قلب انتصابي، كما شوهد ازرقاق النهايات وبرودة الأطراف ووذمة دالة على ركودة وريدية لدى 18 من 25 مراهقاً.

- لم يصب أي من مجموعة الشاهد أو مرضى الإعياء البسيط بأعراض متعلقة بالأطراف، أو بتسرع القلب.

الخلاصة: ترتبط متلازمة التعب المزمن CFS بحالة عدم تحمل وضعة الانتصاب لدى المراهقين.

يرافق عدم التحمل القياسي في هذه المتلازمة استجابة في سرعة القلب وضغط الدم مماثلة للاستجابة الحاصلة في متلازمة تسرع القلب الانتصابي مما يشير إلى أن خلل جزئي في الجملة العصبية الذاتية يمكن أن يسهم في ظهور الأعراض لدى هؤلاء المرضى.

استخدام جرعة منخفضة من الهيدروكورتيزون لعلاج متلازمة التعب المزمن:

دراسة عشوائية متصالبة

Low-Dose Hydrocortisone in Chronic Fatigue Syndrome: A Randomized Crossover Trial

Lancet 1999 Feb 6; 353 (9151): 455-8

دوافع الدراسة: تذكر التقارير حدوث انخفاض بسيط في مستوى الكورتيزون في متلازمة التعب المزمن لذا يفترض أن تكون المعالجة بإعطاء جرعات منخفضة من الهيدروكورتيزون مفيدة في هذا المرض.

طريقة الدراسة: في محاولة عشوائية متصالبة، تم عرض حالة 218 مريضاً مصابين بتعب مزمن.

وافقت حالة 32 مريضاً المعايير الصارمة الموضوعية لمتلازمة التعب المزمن، دون وجود مرض نفسي يسهم في الإمراضية. تلقى المرضى المنتخوبون المعالجة المتتابعة بجرعات منخفضة

من الهيدروكورتيزون (5 ملغ أو 10 ملغ يومياً) لمدة شهر واحد في مجموعة التجربة، أو الدواء الموهم لمدة شهر في مجموعة الشاهد، حيث تم توزيع المرضى إلى المجموعتين بصورة عشوائية.

تمت هذه الدراسة بهدف المعالجة.

النتائج:

- لم ينسحب أحد من المرضى.

- مقارنة بعدد نقاط التعب المسجلة من قبل المرضى أنفسهم لدى البدء (25.1 نقطة وسطيًا)، تناقص عدد النقاط بمقدار 7.2 نقطة في مجموعة التجربة، و 3.3 نقطة في مجموعة الشاهد (الاختلاف الزوجي في وسطي عدد النقاط 4.5 نقطة).

- بلغ عدد نقاط التعب لدى 9 مرضى من الـ 32 مريضاً (28%) قيمة مماثلة لتلك لدى الأشخاص الطبيعيين، مقارنة بـ 3 من الـ 32 شخصاً (9%) في مجموعة الشاهد.

- انخفضت درجة العجز لدى مجموعة التجربة، ولم تتغير في مجموعة الشاهد.

- أظهرت اختبارات جهد الأنسولين عدم تثبيط الوظيفة الكظرية الداخلية المنشأ بواسطة الهيدروكورتيزون.

- سجل حدوث تأثيرات جانبية بسيطة من قبل 3 مرضى بعد المعالجة بالهيدروكورتيزون، ومن قبل مريض واحد بعد تلقي الدواء الموهم.

الخلاصة: تقلل الجرعات المنخفضة من الهيدروكورتيزون من مستويات التعب في مدة قصيرة لدى بعض مرضى متلازمة التعب المزمن. ولا تزال الحاجة قائمة إلى المتابعة وإلى تقييم المعالجة الطويلة الأمد لمعرفة ما إذا كان هذا التأثير مفيداً من الناحية السريرية.

فعالية التمرين الفيزيائي

كمساعد للتوقف عن التدخين لدى الإناث

The Efficacy of Exercise as an Aid for Smoking Cessation in Women

Arc Intern Med 1999 Jun 14; 159: 1229-34

خلفية الدراسة: إن الخوف من اكتساب الوزن هو العائق الشائع عن التوقف عن التدخين لدى الإناث خاصة.

طريقة الدراسة: أجري اختيار عشوائي في جامعة براون لـ 281 أنثى مدخنة، قليلة الحركة، تتمتع بصحة جيدة، وسطي أعمارهن 40 عاماً، ووسطي أوزانهن 66 كغ. قمن باتباع برنامج تمرين كثيف 3 مرات أسبوعياً، أو برنامج توعية



بينت مستويات الكحول في الدم عدم وجود سمية كحولية حادة، ولم يخبر أي شخص منهم عن أعراض الامتناع. النتائج: بمضي شهر من الامتناع عن تناول المسكر، انخفض ضغط الدم الانقباضي المقاس لمدة 24 ساعة من 125 إلى 118 ملم زئبق، وضغط الدم الانبساطي من 80 إلى 74 ملم زئبق، وسرعة القلب من 84 إلى 76 ضربة/دقيقة، وكانت التغيرات متماثلة في الليل والنهار.

الدراسة الثانية

أجري تحليل وسطي لـ 11 محاولة تتداخل لدراسة تأثير تناول القهوة على ضغط الدم لدى 522 شخصاً من معتادي شرب القهوة، المتناولين لـ 3.5 إلى 5.9 كوباً يومياً. - بعد تناول 3.5 إلى 8 أكواب من القهوة (435 إلى 887 ملغ كافئين)، ارتفع ضغط الدم الانقباضي بمقدار 2.4 ملم زئبق وسطياً، وضغط الدم الانبساطي بمقدار 1.2 ملم زئبق وسطياً. - كان تأثير القهوة الرافع للضغط أكبر في محاولات أخرى أوسع، ولدى الأشخاص الأصغر سناً. الخلاصة: توضح هذه الدراسة أن تناول الكحول والقهوة يسبب ارتفاع ضغط الدم، أما التأثيرات المطلقة لهذه المواد وخاصة الكافئين، على ضغط الدم فهي ضئيلة نسبياً. يمكن أن تؤدي التغيرات البسيطة في ضغط الدم إلى تغيرات حقيقية في نسبة حدوث الحالات القلبية الوعائية، ولهذا السبب فإن على الأطباء أن ينصحوا المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم بالإقلال من تناول الكحول والقهوة.

دراسة مستقبلية لاستهلاك القهوة وخطورة حدوث الحصيات الصفراوية المحدثه لأعراض لدى الذكور

A Prospective Study of Coffee Consumption and the Risk of Symptomatic Gallstone Disease in Men

JAMA 1999 Jun 9; 281: 2106-12

دوافع الدراسة: تزيد القهوة من حركية المرارة، وهي ذات تأثيرات أخرى يمكن أن تساعد في تجنب حدوث الحصيات الصفراوية.

طريقة الدراسة: أجري تحري لهذه النظرية عند تحليل البيانات لـ 46008 ذكور، تتراوح أعمارهم بين 40 و 75 عاماً، ليس لديهم إصابة سابقة بحصيات صفراوية، أدرجوا ضمن دراسة متابعة خبراء الصحة Health Professional Follow-up Study عام 1986. وقد سجل استهلاك القهوة في القصة الغذائية.

صحية، مدة 12 أسبوعاً، إضافة إلى حضور كل منهن لـ 12 جلسة ضمن برنامج التوقف عن التدخين.

تم تحديد الانقطاع عن التدخين بقياس مستويات النيكوتين في اللعاب في الأسبوع الأول والثامن من تاريخ التوقف، وفي الشهر الثالث والثاني عشر بعد انتهاء برنامج المعالجة. النتائج:

- كان الاستمرار في الامتناع عن التدخين أكبر في مجموعة التمرين، في الشهر الثالث والثاني عشر (13% و 12% على التوالي، مقابل 8% و 5% في مجموعة الشاهد).

- ارتفع وزن أفراد مجموعة التمرين بمقدار 3 كغ وسطياً بنهاية فترة المعالجة، مقارنة بـ 5.4 كغ لمجموعة الشاهد.

- استمر حوالي 10% فقط من مجموعة التمرين الأصلي في اتباع التمارين بعد مضي 12 شهراً.

الخلاصة: يدعم التمرين الفيزيائي المكثف نجاح برامج التوقف عن التدخين التقليدية، ويقلل من اكتساب الوزن. ولكن من غير الواضح ما إذا كان سبب هذه النتائج هو كون الإناث اللواتي اكتسبن وزناً أقل، أقل ميلاً للعودة إلى التدخين، أو أن التمرين يساعد على التخلص من أعراض الانسحاب الفيزيائية المرتبطة بالتوقف عن التدخين.

الكحول والقهوة، وارتفاع ضغط الدم

Alcohol, Coffee, and Blood Pressure Control

Hypertension 1999 Feb; 33: 647-657

دوافع الدراسة: على الرغم من ارتباط الكحول والقهوة بارتفاع ضغط الدم الجهازى، فإن معظم الكتابات قد اعتمدت على الدراسات المتحيزة القائمة على المشاهدة.

هدف الدراسة: أجريت هذه الدراسة في إسبانيا لتوضيح تأثير استهلاك الكحول والكافئين على ضغط الدم.

الدراسة الأولى

المجموعة المدروسة: شملت 42 شخصاً من المدمنين بشدة على الكحول، ويتجاوز ما يتناولونه من الكحول الإيثيلي النقي يومياً 100 غ.

تم رصد ضغط الدم الجوال قبل وبعد شهر مع المؤكد عن تناول المسكر.

من أجل تحديد ضغط الدم الأساسي، أعطي المرضى الكحوليون جرعة كلية مقدارها 2 غ / كغ من الفودكا المخففة بعصير البرتقال مقسمة إلى 5 جرعات.



النتائج:

النتائج: حدثت 328 حالة سكتة، 210 حالة نقص تروية، و 70 حالة نزف، و 48 حالة غير مصنفة.

بعد تنظيم العمر، والتدخين، وارتفاع التوتر الشرياني، وفرط كولسترول الدم، ومؤشر كتلة الجسم، و النشاط الفيزيائي، والقصة الالدية لاحتماء العضلة القلبية، واستهلاك الكحول، ومدخول الطاقة الكلي، وجد أن:

- الخطر النسبي لحدوث السكتة الإقفارية في المجموعة الأكثر استهلاكاً لفيتامين E (411 وحدة دولية/ دل. وسطيًا) هو 1.18، مقارنة مع المجموعة الأقل استهلاكاً له (5.4 وحدة دولية/ دل.).

- الخطر النسبي لحدوث السكتة الإقفارية هو 1.16 في ذكور يتناولون 250 وحدة دولية أو أكثر من فيتامين E الإضافي يومياً مقارنة مع ذكور لا يتناولونه.

- الخطر النسبي لحدوث السكتة الإقفارية في المجموعة الأكثر تناولاً لفيتامين C (1167 ملغ/ دل.) هو 1.03 مقارنة مع المجموعة الأقل تناولاً له (95 ملغ/ دل.).

- الخطر النسبي لحدوث السكتة الإقفارية هو 0.93 في ذكور يتناولون 700 ملغ أو أكثر من فيتامين C الإضافي مقارنة مع ذكور لا يتناولونه.

- كانت نتائج السكتة الكلية متشابهة.

- لم يكن الترافق بين أخذ الفيتامين وحدث السكتة النازفة واضحاً.

- لم يكن للجرعة ومدة تناول الفيتامينين E , C الإضافيين علاقة مع خطر حدوث السكتة الكلية أو الإقفارية.

- كانت العلاقة بين مدخول اللوتين وخطر حدوث السكتة الإقفارية عكسية بشكل واضح، لكنها لم تكن مستقلة عن العوامل الغذائية الأخرى.

الخلاصة: لا يبدو هناك دور هام لإضافة فيتامين C، و E، والكاروتينويدات النوعية في تقليل حوادث السكتة. على كل لا يمكن استبعاد وجود تأثيرات متواضعة لها.

تأثير تدخين السيكار في خطورة حدوث الداء القلبي الرئوي، والداء الرئوي الانسدادي المزمن، والسرطان لدى الذكور

Effect of Cigar Smoking on the Risk of Cardiovascular Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, and Cancer in Men

N Engl J Med 1999; 340: 1773-80

خلفية الدراسة: ارتفعت مبيعات السيكار في الولايات المتحدة منذ عام 1993. ويعتبر سين السيكار عامل خطورة معروف لحدوث بعض السرطانات، والداء الرئوي الانسدادي

- خلال متابعة 404166 شخصاً سنوياً، سجلت 1081 حالة حصاة صفراوية مترافقة بأعراض، أدت 82% منها إلى استئصال المرارة.

- لدى تحليل المتغيرات، ارتبط الاستهلاك الطويل الأمد للقهوة بمعدل 2 إلى 3 أكواب، أو أكثر من 4 أكواب يومياً، بانخفاض واضح في خطورة حدوث حصيات المرارة المترافقة بأعراض، مقارنة بغير المتناولين للقهوة، بنسبة 40% و 45% على التوالي.

- سجل انخفاض الخطورة بالنسبة للقهوة المرشحة (المفلترة)، والقهوة الفورية التحضير، والإكسبريسو.

- لم يشاهد انخفاض في الخطورة بالنسبة للقهوة والشاي الخاليين من الكافيين، والمشروبات الغازية الحاوية على الكافئين ذات السرعات الحرارية المنخفضة.

الخلاصة: تشير هذه النتائج إلى أن القهوة المعتادة يمكن أن تساعد على منع الحصيات الصفراوية العرضية، على الأقل لدى الذكور الذين تجاوزت أعمارهم 40 عاماً. وتدعم التأثيرات الفيزيولوجية المعروفة عن القهوة والكافئين صدق هذا الارتباط.

علاقة بين استهلاك فيتامين E، وفيتامين C، و الكاروتينويدات وخطر السكتة بين الذكور في الولايات المتحدة

Relation of Consumption of Vitamin E, Vitamin C, and Carotenoids to Risk for Stroke among Men in the United States

Ann Intern Med 1999; 130: 963-970

دوافع الدراسة: تزيد مضادات الأكسدة من مقاومة البروتين الشحمي المنخفض الكثافة للأكسدة، وربما لهذا السبب تخفض من خطر التصلب العصيدي.

هدف الدراسة: معرفة العلاقة بين تناول فيتامين C، وفيتامين E، والكاروتينويدات وخطر السكتة الكلية أو الإقفارية (نقص التروية).

تحديد دور المدخول من فيتامين C، وفيتامين E، في التنبؤ بخطر السكتة الكلية أو الإقفارية.

المجموعة المدروسة: 43738 رجلاً تراوحت أعمارهم بين 40 - 75 عاماً، غير مصابين بداء قلبي وعائي أو داء سكري. طريقة الدراسة: أجري تقييم للنظام الغذائي المتكرر والمقرر بالأداء الذاتي لاستبيان عن 131 نوع من الأغذية، تضمن أسئلة حول الجرعة وفترة تناول الفيتامين الإضافي، واستمرت المتابعة لمدة 8 سنوات.



المزمن COPD. مع ذلك، فعلى العكس من ارتباط تدخين السيكارة بالداء القلبي الوعائي، لم يتم بعد تحديد العلاقة بشكل واضح بين تدخين السيكار و الداء القلبي الوعائي.

المجموعة المدروسة: أجريت دراسة جماعية على 17774 رجلاً تتراوح أعمارهم بين 30 و 85 عاماً

(من عام 1964 إلى 1973) أدرجوا ضمن خطة قيصر Kaiser للصحة الدائمة، لم يقوموا بتدخين السيكارة مطلقاً، ولا يدخنون الغليون حالياً. منهم 1546 رجلاً يدخنون السيكار حالياً، و 16228 رجلاً غير مدخن، تمت متابعة قبولهم في المشفى للمرة الأولى من عام 1971 إلى نهاية عام 1995 بسبب حدوث داء قلبي وعائي هام أو الوفاة فيه، أو حدوث COPD، وتوبعوا حتى نهاية عام 1996 لتشخيص الإصابة بالسرطان.

النتائج:

وجد بتحليل المتغيرات أن خطر حدوث الأمراض التالية أعلى لدى مدخني السيكار مقارنة بغير المدخنين:

- الداء القلبي الإكليلي: الخطورة النسبية 1.27.

- COPD : الخطورة النسبية 1.45.

- سرطانات الطرق الهوائية-الهضمية العلوية: الخطورة النسبية 2.02.

- سرطانات الرئة: الخطورة النسبية 2.14.

كانت التأثيرات متعلقة بالجرعة، ووجد أن هناك علاقة تآزرية بين تدخين السيكار واستهلاك الكحول فيما يتعلق بخطر حدوث السرطانات القموية البلعومية و سرطانات الطرق الهوائية-الهضمية العلوية.

الخلاصة : إن التدخين المنتظم للسيكار يمكن أن يرفع من خطر حدوث الداء القلبي الإكليلي، والداء الرئوي الانسدادي المزمن، وسرطانات الطرق الهوائية-الهضمية العلوية والرئة.

السير إلى العمل

وخطورة ارتفاع الضغط الشرياني لدى الرجال:

تقرير الصحة في أوساكا

Walking to Work

and the Risk for Hypertension in Men:

The Osaka Health Survey

Ann Intern Med 1999; 130: 21-26

دوافع الدراسة: لايزال تأثير النشاط الفيزيائي في خفض خطورة حدوث ارتفاع الضغط الشرياني مجهولاً .

هدف الدراسة: دراسة العلاقة بين مدة السير إلى العمل والنشاط الفيزيائي في وقت الفراغ، وحدث ارتفاع الضغط الشرياني.

طريقة الدراسة: دراسة مستقبلية جماعية.

مكان الدراسة: أماكن العمل في أوساكا، اليابان.

المجموعة المدروسة: 6017 رجلاً يابانياً، تتراوح أعمارهم بين 35 و 60 عاماً، لديهم ضغط دم انقباضي أقل من 140 ملم زئبق، وضغط دم انبساطي أقل من 90 ملم زئبق، لديهم تحمل غلوكوز طبيعي، مع عدم وجود قصة مرضية عن ارتفاع ضغط الدم أو داء السكري، لدى بدء الدراسة.

معايير الدراسة: تم القيام باستقصاء للحصول على المعلومات حول النشاط الفيزيائي، وتم قياس ضغط الدم بواسطة تقنية مثالية، حيث شخص ارتفاع ضغط الدم في حال كانت القيمة الناتجة 95/160 ملم زئبق على الأقل.

النتائج:

- من خلال متابعة 59784 شخصاً سنوياً، تم إثبات 626 حالة ارتفاع ضغط شرياني.

- ارتبطت مدة السير إلى العمل بانخفاض خطورة حدوث ارتفاع الضغط: كانت الخطورة النسبية ذات المتغيرات المراقبة تعادل 1.00 بالنسبة للمشي لمدة لا تتجاوز 10 دقائق، و 0.88 بالنسبة للمشي لمدة 11 إلى 20 دقيقة، و 0.71 للمشي لمدة تجاوزت 21 دقيقة.

- يمكن منع حدوث حالة ارتفاع ضغط واحدة لكل 26.3 رجلاً يقومون بالمشي إلى العمل لمدة تزيد على 20 دقيقة.

الخلاصة: إن السير إلى العمل وغيره من أنواع النشاط الفيزيائي تخفف من خطر حدوث ارتفاع الضغط الشرياني لدى الرجال اليابانيين. ويمكن أن يقي التمرين المنتظم من حدوثه أيضاً.

التداوي بالأعشاب:

التأثيرات الجانبية والتداخلات الدوائية

Herbal Remedies:

Adverse Effects and Drug Interactions

Am Fam Physician 1999 Mar 1; 59 (5): 1239-45

يستخدم عدد متزايد من الأمريكيين المنتجات العشبية بهدف وقائي وعلاجي، ولا يحتاج مصنعوا هذه المنتجات لتقديم البرهان على أمانها وفعاليتها قبل التسويق إلى إدارة الدواء والغذاء الأمريكية، ولذلك فإن التأثيرات الجانبية والتداخلات الدوائية المرافقة للتداوي بالأعشاب غير معروفة بدقة.

- لقد وجد أن خلاصة Ginkgo biloba extract التي تم الإعلان عنها كمحسنة للوظيفة الاستعرافية، تسبب نزفاً غفويماً وقد تتفاعل مع مضادات التخثر والعوامل المضادة للصفائح.

- كما أن عشبة سانت جون التي قدمت كعلاج للاكتئاب، قد يكون لها تأثيرات مثبطة للأوكسيدات وحيد الأمين، أو قد تسبب



دوافع الدراسة: إن معظم حالات ألم البطن الشائع لدى الأطفال لا يمكن تشخيصها تشخيصاً دقيقاً.

هدف الدراسة: بحث إمكانية وجود علاقة بين الذهاب للمدرسة وألم البطن.

طريقة الدراسة: أجريت هذه الدراسة في إحدى مشافي بريطانيا لدراسة تشخيص التخرج من المشفى في حال ألم البطن غير النوعي أو التهاب الزائدة الدودية الحاد لدى أطفال تتراوح أعمارهم بين 5 و 15 عاماً.

النتائج:

- بين عامي 1992 و 1997، تم إجراء 1832 تشخيصاً لألام بطنية غير نوعية، و 643 حالة التهاب زائدة دودية مثبتة جراحياً.

- خلال هذه المدة، كانت نسبة القبول في المشفى بسبب التهاب الزائدة الحاد ثابتة، ولم تختلف بين فترتي المدرسة والإجازة. بينما كان القبول بسبب ألم بطني غير نوعي أعلى بنسبة 42% خلال العام الدراسي مقارنة بفترة العطلة، وهو فارق واضح.

- شوه ميل لارتفاع هذه النسبة أثناء الدراسة سواء كانت أثناء الفترة المدرسية أو خلال فترة الإجازة.

الخلاصة: تشير هذه الدراسة إلى أهمية العوامل النفسية والسلوكية في إحداث الألم البطني اللانوعي المتزايد الحدوث لدى الأطفال.

متلازمة راي في الولايات المتحدة،

من عام 1981 إلى عام 1997

Reye's Syndrome in the United States
from 1981 through 1997

N Engl J Med 1999; 340: 1377-82

دوافع الدراسة: تتميز متلازمة راي بوجود اعتلال دماغي وتتكس شحمي في الكبد، تحدث عادة بعد الإصابة بالأنفلونزا أو جدري الماء. ومنذ عام 1980، جرى التحذير من تناول الصفصافات (الساليسيلات) لدى الأطفال المصابين بهذه الأحماس الفيروسية بسبب خطورة حدوث متلازمة راي.

طريقة الدراسة: أجريت هذه الدراسة لوصف نموذج متلازمة راي في الولايات المتحدة، ومواصفات المرضى، وعوامل خطورة حدوث نتائج سلبية. وذلك بتحليل بيانات الإشراف الوطني التي تم جمعها من كانون الأول 1980 إلى تشرين الثاني 1997. وقد اعتمد نظام الإشراف على تقارير المتطوعين باستخدام نموذج تقرير حالة مثالي.

زيادة في مستويات السيرتونين والدوبامين والنورإبينفرين، ورغم أنها قد لا تتفاعل مع الأغذية الحاوية على التيرامين، إلا أنه يجب عدم استعمالها مع مضادات الاكتئاب.

- ترافق استعمال المنتجات العشبية الحاوية على الإفدرين مع حوادث قلبية وعائية جانبية واختلاجات وحتى وفاة.

- يعتبر الجينسنغ الواسع الاستخدام لتأثيراته العقلية والفيزيائية المفيدة جيد التحمل بشكل عام، ولكنه يؤدي لتقليل الاستجابة للوارفارين.

لهذا يجب أن يتنبه الأطباء السريريون للتأثيرات الجانبية والتداخلات الدوائية المرافقة للتداوي بالأعشاب، ويجب أن يسألوا كل المرضى حول استخدامهم لتلك المنتجات.

■ طب أطفال

بول الفراش الليلي البدني: نظرة حالية

Primary Nocturnal Enuresis: Current

Am Fam Physician 1999 Mar 1; 59(5): 1205-14, 1219-20

يؤدي حدوث بول الفراش الليلي البدني أحياناً إلى مشاكل نفسية اجتماعية هامة لدى الأطفال وذويهم.

قد تشمل العوامل المسببة: تأخر النضج والتأثير الوراثي وصعوبة الاستيقاظ والانخفاض في إفراز الهرمون المضاد للإدرار ليلاً. إن الشذوذات التشريحية غير موجودة عادة كما أن الأسباب النفسية مستبعدة.

لا يحتاج تقييم الحالة لأكثر من قصة كاملة وفحص فيزيائي مركز واختبارات شريط الغمس والكثافة النوعية للبول.

تشمل المعالجات غير الدوائية: المعالجة التحريضية، وتدريب المثانة وتكييف السلوك.

تشمل المعالجة الدوائية الإمبرامين ومضادات الكولين والديسموبريسين، وقد نجح استخدام هذه الأدوية بدرجات متفاوتة.

حدوث ألم البطن غير النوعي لدى الأطفال

خلال الفترة المدرسية:

تقرير سكاني معتمد على تقرير التخرج من المشفى

Incidence of Non-Specific Abdominal Pain in Children
during School Term:

Population Survey Based on Discharge Diagnosis

BMJ 1999 May 29; 318: 1455



النتائج:

- تم تسجيل 1207 حالات إصابة بمتلازمة راي لدى مرضى أعمارهم دون 18 عاماً، من كانون الأول 1980 إلى تشرين الثاني 1997، ومن بين المرضى الذين توفرت المعلومات عنهم حول العرق والجنس، كان 93% منهم من البيض، و52% من الإناث.

- انخفض عدد الحالات المسجلة من متلازمة راي بشكل حاد بعد إقرانها باستخدام الأسبرين.

- بعد أن بلغ عدد الحالات الذروة (555 حالة) في عام 1980، لم يعد هناك أكثر من 36 حالة سنوياً منذ 1987.

- سجلت إصابات سابقة لدى 93% من الأطفال، وكان مستوى الساليسيلات قابلاً للكشف في الدم لدى 82%.

- كانت نسبة الحالات المهددة للحياة أعلى لدى الأطفال دون الخامسة من العمر (الخطورة النسبية 1.8)، ولدى وجود مستوى أمونيا مصلية أعلى من 45 مكغ/دسل (26 ميكرومول/ل) (الخطورة النسبية 3.4).

الخلاصة: منذ عام 1980، عندما ربط لأول مرة بين متلازمة راي واستخدام الأسبرين خلال فترة الإصابة بجذري الماء أو الأمراض الشبيهة بالأنفلونزا، أصبح هنالك انخفاض حاد في عدد الإصابات المسجلة بين الرضع والأطفال.

وبما أن هذه المتلازمة أصبحت نادرة، فإن أي رضيع أو طفل يشتبه بإصابته بها يجب أن يخضع لفحص شامل لنفي الإصابة باضطرابات استقلابية وراثية قابلة للعلاج، تقلد أعراض متلازمة راي.

المعالجة المبكرة باستنشاق القشرية السكرية

لتجنب الثدن (خلل التنسج) القصبي الرئوي

Early Inhaled Glucocorticoid Therapy To Prevent Bronchopulmonary Dysplasia

N Engl J Med 1999; 340: 1005-10

دوافع الدراسة: شجع أمان وفعالية استنشاق الستيروئيدات القشرية السكرية لعلاج الربو على استخدامها لدى الرضع لمنع حدوث الثدن القصبي- الرئوي.

هدف الدراسة: اختبار الفرضية القائلة بأن المعالجة المبكرة بالستيروئيدات القشرية السكرية بطريق الاستنشاق يقلل من تكرار حدوث الثدن القصبي- الرئوي لدى الخدج.

طريقة الدراسة: أجريت محاولة عشوائية عديدة المراكز، حول البيكلوميثازون beclomethasone المستنشق والدواء الموهم

لدى 253 رضيعاً، تتراوح أعمارهم بين 3 و14 يوماً، ولدوا قبل إتمام 33 أسبوعاً من الحمل، ولم تتجاوز أوزانهم عند الولادة 1250 غ، وقد احتاجوا إلى معالجة بالتهوية الآلية.

تم إعطاؤهم البيكلوميثازون بجرعات متناقصة من 40 إلى 5 ميكروغرام/ كغ من وزن الجسم/ يوم لمدة 4 أسابيع.

كان المعيار الأولي للنتائج حدوث ثدن قصبي رئوي خلال 28 يوماً الأولى من الولادة.

أما النتائج الثانوية فشملت ثدن قصبي- رئوي خلال 36 أسبوعاً من العمر التالي للطمث، والحاجة إلى معالجة بالستيروئيدات القشرية السكرية الجهازية، والحاجة إلى معالجة موسعة للقصبات، ومدة الدعم التنفسي، والوفاة.

النتائج:

- تلقى 123 رضيعاً المعالجة بالبيكلوميثازون، وتلقى 130 رضيعاً الدواء الموهم.

- كان تكرار حدوث الثدن القصبي الرئوي متماثلاً لدى المجموعتين: 43% في مجموعة البيكلوميثازون، و45% في مجموعة الدواء الموهم خلال 28 يوماً من الولادة. و18% في مجموعة البيكلوميثازون، و20% في مجموعة الدواء الموهم خلال 36 أسبوعاً من العمر التالي للطمث.

- كان عدد الرضع الذين تلقوا المعالجة القشرية السكرية الجهازية خلال 28 يوماً من الولادة أقل في مجموعة البيكلوميثازون منهم في مجموعة الدواء الموهم (الخطورة النسبية 0.6)، وكذلك بالنسبة للتهوية الآلية (حيث كانت الخطورة النسبية 0.8).

الخلاصة: لم تمنع المعالجة المبكرة بالبيكلوميثازون حدوث الثدن القصبي الرئوي لكنها أدت إلى الإقلال من استخدام المعالجة الجهازية بالستيروئيدات القشرية السكرية، واستخدام التهوية الآلية.

مقارنة الستيروئيدات القشرية الفموية بالستيروئيدات الوريدية لدى الأطفال المصابين بالربو المقيمين في المشفى

Oral Versus Intravenous Corticosteroids in Children Hospitalized with Asthma

J Allergy Clin Immunol 1999 Apr; 103: 586-90

خلفية الدراسة: من المعروف أن الستيروئيدات القشرية بالطريق الوريدي فعالة في علاج الربو الحاد، وعلى ما يبدو، فإن الستيروئيدات القشرية الفموية يمكن أن يكون لها ذات الفعالية في علاج الأطفال المصابين بربو حاد والمقيمين في المشفى.



المجموعة المدروسة: كان عدد الأطفال الذكور المنتخبتين للدراسة 69100 طفلاً مولوداً في الولايات التابعة لأونتاريو بين الأول من نيسان 1993 و 31 آذار 1994.

طريقة الدراسة: تمت الاستعانة ببيانات تخريج المرضى من المشفى لمتابعة الصبية حتى 31 آذار 1996.

النتائج:

- من الـ 69100 مولوداً ذكراً، تم ختان 30105 مولوداً (43.6%)، و 38995 مولوداً لم يتم ختانهم (56.4%).

- استبعد من الدراسة 888 مولوداً جرى ختانهم بعد الشهر الأول من الولادة.

- تمت مقارنة 29217 مولوداً غير مختون ببقية المواليد الذين جرى ختانهم، وذلك وفقاً لتاريخ ولادتهم.

- كان احتمال القبول في المشفى خلال عام واحد بسبب حدوث خمج السبيل البولي يعادل 1.88 / 1000 طفل خلال سنوات المعالجة (83 حالة خلال فترة المتابعة بأكملها) لدى مجموعة الختان، و 7.02 / 1000 طفل خلال سنوات المعالجة (247 حالة خلال كامل فترة المتابعة) لدى مجموعة غير المختونين.

- كانت قيمة الخطورة النسبية للقبول في المشفى بسبب خمج السبيل البولي خلال السنة الأولى من المتابعة 3.7، مما يشير إلى ارتفاع الخطورة بشكل واضح بالنسبة لغير المختونين.

- يمكن أن تكون هناك حاجة إلى القيام بـ 195 عملية ختان لتجنب قبول واحد في المشفى بسبب الخمج خلال السنة الأولى من العمر.

الخلاصة: تدعم نتائج الدراسة كون الختان يقي المواليد الذكور من حدوث الخمج البولي، إلا أن نسبة هذا التأثير يمكن أن تكون أقل مما قد تم تحديده سابقاً.

القلس وخمج الطرق البولية عند الأطفال

Pediatric Urinary Tract Infection and Reflux

Am Fam Physician 1999 Mar 15; 59(6): 1472-8, 1485-6

تترافق أخماج الطرق البولية عند الأطفال أحياناً مع القلس المثاني الحالي، وقد يؤدي إلى ندبة كلوية إذا لم يتم كشفه. وباعتبار أن خطر الندبة الكلوية أكبر لدى الرضع، فإن أي طفل مصاب بخمج طرق بولية سابق لتدربه على دخول المرحاض توجب تقييم وجود القلس لديه، كما يجب تقييم الأطفال الذين فقدوا المتابعة والمصابين بأخماج بولية ناكسة.

طريقة الدراسة: محاولة عشوائية، ثنائية التعمية، ثنائية الدواء الموهم.

المجموعة المدروسة: شملت 66 طفلاً، قسموا إلى مجموعتين: المجموعة الأولى: تلقت البريدنيزون prednisone فمويّاً مرتين يومياً (2 ملغ/كغ/ جرعة، الجرعة القصوى 120 ملغ).

المجموعة الثانية: تلقت الميثيل بريدنيزولون methylprednisolone زرقاً 4 مرات يومياً (1 ملغ/كغ/ جرعة، الجرعة القصوى 60 ملغ). وقد تمت معالجة جميع المرضى بمقلدات بيتا (beta-agonists) إلى جانب الستيروئيد.

النتائج:

- كان وسطي مدة الإقامة في المشفى بالنسبة للأطفال في المجموعة الأولى أقل من المجموعة الثانية (70 مقابل 78 ساعة)، وقد تم إيقافهم عن المعالجة بالستيروئيد بنجاح بشكل أسرع. ولكن هذه الفروق لا تعتبر كبيرة.

- كان تحسن قمة سرعة تدفق الزفير قابلاً للمقارنة لدى المجموعتين. ومع ذلك فقد كانت حاجة المجموعة الأولى لأكسجين إضافي أقل بكثير (30 مقابل 52 ساعة وسطياً).

- تم تحمل الستيروئيدات القشرية بشكل جيد من قبل المجموعتين.

الخلاصة: تتفق هذه النتائج مع نتائج الدراسات على البالغين، فالبريدنيزون الفموي له نفس فعالية الميثيل بريدنيزولون الزرقي، وهو أقل كلفة، وأسهل إعطاء (عدا في حالة الطفل المصاب بالإقياء) مما يجعله مفضل على الميثيل بريدنيزولون.

دراسة جماعية حول حدوث الأخماج البولية

وختان المواليد الذكور

Cohort Study on Circumcision of Newborn Boys and Subsequent Risk of Urinary-Tract Infection

Lancet 1998 Dec 5; 352 (9143): 1813-6

دوافع الدراسة: إن انخفاض خطورة حدوث الخمج البولي هو أحد الأسباب الشائعة المعروفة لختان الذكور حديثي الولادة. وقد سجلت الدراسات السابقة ارتفاع معدل حدوث خمج القناة البولية بمقدار 10 إلى 20 ضعفاً لدى الأطفال الذكور غير المختونين مقارنة بالمختونين.

هدف الدراسة: قامت هذه الدراسة الجماعية المستقبالية القائمة على الشريحة السكانية بمتابعة المواليد الجدد في أونتاريو بكندا لدراسة العلاقة بين الختان وخطورة حدوث الخمج البولي.



- أجري بزل مؤقت للقناة الصفراوية الجامعة لدى 3 مرضى، ومفاجمة (مفاجرة) القناة الصفراوية بالصائم لدى مريض واحد.
- أظهر التصوير المتتابع زوال انسداد القناة الصفراوية الجامعة لنقص حجم البنكرياس.
- تردت وظيفة الإفراز الخارجي للبنكرياس.
- تطور قصور البنكرياس لدى 3 مرضى خلال 2 إلى 4 أشهر من حضورهم، وقد ساءت وظيفة البنكرياس بشكل ملحوظ لدى المريض الرابع ولكنها بقيت كافية.
- لم يصب أي مريض بالداء السكري.
- الخلاصة: ينصح بإجراء بزل مؤقت في حال انسداد القناة الصفراوية الجامعة لدى الأطفال المصابين بالتهاب بنكرياس مليف، والمتوافر لهم رقابة طبية سريرية قريبة، قبل التفكير بالإجراء الجراحي.

■ (مرض) (فناية) (خمجية)

الإسهال المعند بسبب التهاب المعوي القولوني الناجم عن الفيروس المضخم للخلايا لدى رضيع جيد المناعة Intractable Diarrhea from Cytomegalovirus Enterocolitis in an Immunocompetent Infant

Pediatrics 1999 Jan; 103 (1): E10

- دوافع الدراسة: يمكن أن تكون إصابة الأطفال بخمج الفيروس المضخم للخلايا CMV ولادية أو في الفترة ما حول الولادة. وقد تكون الإصابة غير مترافقة بأعراض، أو مصحوبة بالتهاب رئوي، أو طفح جلدي، أو ضخامة كبد وطحال، أو التهاب دماغ.
- النتائج:
- في حال نقص المناعة، يمكن أن يحدث مرض شديد مميت أحياناً.
- لم يتم تعريف CMV سابقاً بأنه سبب للإسهال المعند لدى الرضع.
- هذه الدراسة هي تقرير لحالة رضيع عمره 5 أسابيع، ذي مناعة جيدة، مصاب بإسهال معند يمكن أن ينسب إلى التهاب معوي قولوني ناجم عن CMV.
- الخلاصة: يرتبط تمييز هذا الخمج وبدء المعالجة بالغانسيليكوفير ganciclovir بتحسّن سريع وزوال الإسهال.

- إن الطريقة المفضلة لتقييم القلس البولي هي تصوير المثانة والحالب الظليل أثناء الإفراغ.
- يعالج القلس المثبت مبدئياً بالمضادات الحيوية الوقائية.
- يقرر الإصلاح الجراحي للمرضى الذين يصابون بالخمج أثناء العلاج الوقائي، أو عند ظهور ندبة جديدة، أو بوجود قلس عال الدرجة أو عدم القدرة على الامتثال لأخذ المضادات الحيوية الوقائية الطويلة الأمد.
- إن الطريقة المفضلة للجراحة هي إعادة زرع الحالب، وتوجد طريقة أحدث بحق المثلت المثاني بالكولاجين.

تدبير التهاب البنكرياس المليف

لدى الأطفال المصابين بـ (فناية) (خمجية)

Management of Fibrosing Pancreatitis in Children Presenting with Obstructive Jaundice

Gut 1998 Nov; 43 (5): 715-20

- خلفية الدراسة: تتم المعالجة التقليدية للأطفال المصابين بالتهاب بنكرياس مليف بالجراحة لإزالة انسداد القناة الصفراوية الناجم عن ضغط البنكرياس. ولا يتم عادة اختبار الوظيفة المتبقية للبنكرياس لدى هؤلاء المرضى.
- هدف الدراسة: تقييم فائدة البزل المؤقت غير الجراحي لدى الأطفال المصابين بالتهاب بنكرياس مليف، وتقييم وظيفة البنكرياس بعد إزالة انسداد القناة الصفراوية الجامعة.
- المجموعة المدروسة: 4 أطفال تتراوح أعمارهم بين 1.5 و 13 عاماً، 3 منهم إناث.
- طريقة الدراسة والنتائج:
- أظهر تصوير البطن بالصدى وتصوير البطن المبرمج ضخامة بنكرياس منتشرة، وخاصة في منطقة الرأس.
- توسعت القناة الصفراوية الجامعة نتيجة لضغط رأس البنكرياس.
- أظهرت خزعات البنكرياس المأخوذة من 3 مرضى ضموراً ملحوظاً في الخلايا العنابية مع تليف شديد.
- تم استبعاد حالات التليف الكيسي من الدراسة.
- لم يتم تحديد سبب آخر لالتهاب البنكرياس.
- احتوى نسيج البنكرياس المأخوذ من مريض واحد على سلسلة دنا فيروسية خاصة بـ Parvovirus B19 تم كشفها بسلسلة تفاعل الأنزيم المبلر PCR فقد كانت نتيجة IgM المصلي إيجابية تجاه الحمات الصغيرة.



- تمت معالجة المرضى الأربع جميعهم بنجاح بالدوكسيسيسكلين doxycycline.

الخلاصة: تؤكد هذه النتائج إمكانية إصابة الإنسان بـ *E.ewingii*، ولكن يمكن أن تكون هناك صعوبة في تمييز الداء الناتج عنها سريرياً عن الخمج المسبب بـ *E.chaffeensis* أو عن عامل داء إيرليشيا الإنسان ذي الخلايا المحببة.

أخمج الطرق البولية لدى البالغين Urinary Tract Infections in Adults

Am Fam Physician 1999 Mar 1; 59 (5): 1225-34, 1237

تبقى أخماج الطرق البولية سبباً هاماً للمرضى في جميع الأعمار.

ساعدت الدراسات الحديثة على تحديد أكثر المجموعات السكانية خطورة لهذه الأخماج، وكذلك الأمر بالنسبة لطرق التدبير الأكثر تأثيراً وكلفة.

في البداية، يجب تصنيف الخمج من حيث كونه مترافق أو غير مترافق بمضاعفات، كما أن التصنيف الإضافي للخمج يتعلق بالمتلازمة السريرية والمضيف الخاص مما يساعد الطبيب في تعيين الطرق الملائمة للتشخيص والتدبير (مثال؛ التهاب مثانة حاد عند شابة، والتهاب حويضة كلية حاد، وخمج متعلق بالقثطرة، وخمج لدى الذكور، وتجترثم بول لاعرضي لدى المسنين).

تسبب مجموعة متوقعة من عضويات سريعة الأثر أخماجاً في الطرق البولية غير مترافقة بمضاعفات، ويمكن معالجة هذه الأخماج تجريبياً دون الحاجة لزراعة البول، حيث يعتبر العلاج لثلاثة أيام بالتريميتوبريم - السولفاميتوكسازول هو الأكثر فعالية. أما الأخماج المترافقة بمضاعفات فتشخص بزراعة البول وتحتاج لفترة أطول من العلاج. ونادراً ما يحتاج تجرثم البول اللاعرضي إلى علاج، ولا يترافق مع زيادة في نسبة المرضى بين المسنين.

النتائج الصحية والاقتصادية

لمقاومة الزوائف الزنجارية للمضادات الحيوية Health and Economic Outcomes of Antibiotic Resistance in *Pseudomonas aeruginosa*

Arch Intern Med 1999 May 24; 159: 1127-32

دوافع الدراسة: إن مشكلة مقاومة الزوائف الزنجارية للمضادات الحيوية من المشاكل المتفاقمة بين مرضى المشافي. مكان الدراسة: بوسطن.

Ehrlichia ewingii عامل تم تمييزه حديثاً لداء الإيرليشيا الإنساني

Ehrlichia ewingii, A Newly Recognized Agent of Human Ehrlichiosis

N Engl J Med 1999; 341: 148-55

خلفية الدراسة: إن داء إيرليشيا الإنسان هو خمج مكتشف حديثاً، ينقل بواسطة القراد. وهناك 4 أنواع منه تصيب الإنسان:

E.canis, *E.sennetsu*, *Ehrlichia chaffeensis* عامل داء إيرليشيا الإنسان المحببة الخلايا agent of human granulocytic ehrlichiosis

طريقة الدراسة: تم فحص الكريات البيض الموجودة في الدم المحيطي لدى 413 مريضاً تحتل إصابتهم بالإيرليشيا بواسطة الاختبارات ذات المجال الواسع broad-range والاختبارات النوعية الخاصة بأنواع الإيرليشيا القائمة على سلسلة من التفاعلات بوجود الأنزيم المبلمر PCR.

تم تحديد الأنواع الموجودة بواسطة اختبارات PCR النوعية، وتسلسل نوكلوتيد المورث الذي يشفر الجسيم الريباسي (ريبوزوم) 16S لرنا الإيرليشيا.

استخدم تحليل Western blot لدراسة الاستجابات المصلية. النتائج:

- تم كشف دنا DNA الإيرليشيا في الكريات البيض لـ 4 مرضى بواسطة اختبار PCR الواسع المجال، ولم يتم ذلك بواسطة الاختبارات النوعية لـ *E.chaffeensis* أو عامل داء إيرليشيا الإنسان المحببة الخلايا. وقد وافقت السلاسل النوكلوتيدية لمنتجات الـ PCR تلك الخاصة بـ *E.ewingii* وهو العامل الذي تم تسجيله سابقاً كسبب للإيرليشيا المحببة الخلايا التي تصيب الكلاب.

كان هؤلاء المرضى الأربع من ميسوري، حضروا جميعهم بين شهري أيار وآب 1996، 1997، أو 1998، حيث كانوا مصابين بحمى، وصداع، ونقص الصفائح الدموية، مع نقص تعداد البيض أو دونه، وكانوا جميعاً قد تعرضوا للقراد، وقد تلقى 3 منهم معالجة مثبتة للمناعة.

تم الحصول على عينات مصلية من 3 مرضى خلال فترة النقاهة، فكانت تحتوي على أضداد تفاعلت مع المستضدات *E.canis* و *E.chaffeensis* ضمن نموذج مختلف عن ذلك الخاص بالإنسان المصاب بـ *E.chaffeensis*، ولكنه مماثل لذلك الخاص بالكلاب المصابة تجريبياً بـ *E.ewingii*.

- تم كشف التوتيات morulae في العدلات لدى مريضين.



دورا أساسيا في تنظيم العوامل المختلفة لفوعة السالمونيلا التيفية الفأرية، ودون هذه المورثة تتمكن الجراثيم من النمو في المستنبتات واستعمار مخاطية أمعاء الفئران، لكن تفقد القدرة على إصابة النسيج الأعظم.

لقت الفئران بالسالمونيلا الحية المفترقة لهذه المورثة وذلك بهدف معرفة مدى حدوث المناعة ضد السالمونيلا ذات الفوعة. النتائج: لم تصب الفئران الملقحة بأي مرض بعد التعرض للسالمونيلا الفوعية، بينما ماتت الفئران غير الملقحة.

بقيت الفئران الممنعة حية حتى بعد التعرض لكميات كبيرة من السالمونيلا ذات الفوعة.

الخلاصة: قد يؤدي كشف دور Dam في الخمج الجرثومي لظهور لقاحات بشرية وحيوانية أكثر فعالية، كما يمكن لتمنيع الدجاج أن يحد من السالمونيلا في الغذاء.

إن اختبار الأدوية المعطلة لمورثة Dam قد يمكن من إيجاد صنف جديد فعال من اللقاحات الحيوية.

هناك جراثيم أخرى متعددة تحمل Dam وهي ضمات الهيضة *Vibrio cholerae*، والأنفلونزا المحبة للدم *Haemophilus influenzae*، واليرسنية الطاعونية *Yersinia pestis*، والشيغيلا *Shigella*، واللوليبات الشاحبة *Treponema pallidum*.

إعطاء لقاح التهاب الكبد

للأطفال والمراهقين بفواصل زمنية سنوية

Hepatitis B Vaccine Administered to Children and Adolescents at Yearly Intervals

Pediatrics 1999 Jun; 103: 1243-7

دوافع الدراسة: يوصى بإعطاء 3 جرعات من لقاح التهاب الكبد ب HBV خلال مدة 6 أشهر للأطفال والمراهقين.

هدف الدراسة: بما أن الجرعتين الثانية والثالثة تتطلبان عادة زيارات إضافية للطبيب، فقد تم إجراء هذه الدراسة - برعاية المصنع - لتحديد إمكانية إعطاء هذا اللقاح سنوياً خلال الزيارة السنوية الروتينية للطفل.

طريقة الدراسة: أجري اختيار عشوائي لـ 389 طفلاً، تتراوح أعمارهم بين 5 و 16 عاماً، لتلقي لقاح HBV في الزمن 0 وشهر واحد و 6 أشهر، حسب الطريقة المعتادة (المجموعة الأولى)، وفي الزمن 0 و 12 شهراً و 24 شهراً (المجموعة الثانية).

النتائج: كان عدد أطفال المجموعة الأولى الذين أتموا جدول اللقاح أعلى بشكل واضح (95%) من أطفال المجموعة الثانية (90%).

المجموعة المدروسة: 489 مريضاً من داخل المشفى مصابين بالزوائد الزنجارية، بلغ وسطي أعمارهم 63 سنة، 49% منهم مصابون بالداء السكري أو أمراض شديدة، و 28% أجري لهم عملية جراحية كبيرة، و 20% حولوا من مشاف أخرى، وأدخل 19% إلى وحدة العناية المركزة.

طريقة الدراسة: درست مقاومة الزوائد الزنجارية ضد أربعة مضادات حيوية هي: Piperacillin و Ceftazidime و Imipenem و Ciprofloxacin.

كان لدى المجموعة الأولى المؤلفة من 144 مريضاً (30%) مقاومة للمضادات عند الدخول إلى المشفى، في حين ظهرت المقاومة في المجموعة الثانية المؤلفة من 30 مريضاً (6%) فيما بعد.

النتائج:

- توفي 27% من المجموعة الثانية بينما توفي 6% من بقية المرضى وعددهم 459 مريضاً.

- كان وسطي البقاء في المشفى إثر عزل الزوائد الزنجارية الأولى 7 أيام للمجموعة الأولى، و 24 يوماً للمجموعة الثانية.

- بعد ضبط المتغيرات من أجل التحكم بالعوامل المؤثرة، بقي ظهور المقاومة مرتبطاً بزيادة مدة الإقامة في المشفى والمقدرة بستة أيام، بسبب ظهور مقاومة الزوائد الزنجارية للمضادات الحيوية.

الخلاصة: ينبئ ظهور مقاومة الزوائد الزنجارية لدى مرضى المشافي بنسبة وفيات أعلى ومكوث أطول في المشفى مقارنة مع الذين لديهم مقاومة أصلاً، أو الذين أبدوا استمرار الحساسية ضد العضوية، وحتى بعد ضبط شدة المرض. يجب معرفة دور الكشف المبكر لظهور مقاومة الزوائد ضد المضادات الحيوية في تحسين النتائج.

لتوضيح جذر الميثيل على أدنين الدنا

دور أساسي في الفوعة الجرثومية

An Essential Role for DNA Adenine Methylation in Bacterial Virulence

Science 1999 May 7; 284: 967-70

دوافع الدراسة: تزداد مشكلة مقاومة الجراثيم للمضادات الحيوية مع غياب لقاح فعال تجاه عدد من الأخماج الجرثومية الهامة، وغالباً الجرثومة هي الراحبة.

مكان الدراسة: جامعة كاليفورنيا، في سانتا باربارا.

طريقة الدراسة: تلعب المورثة Dam المسؤولة عن إضافة جذر الميثيل إلى أدنين الدنا (DNA Adenine Methylase)



الإصابة بهذه الجراثيم. وقد أدى الاستخدام الوقائي المتزايد للمضادات الجرثومية أثناء الوضع في أمريكا الشمالية وأستراليا، إلى تناقص الإصابة ما حول الولادة.

أدى تطور اللقاح (الذي بدأ منذ عقدين ماضيين) إلى ظهور نتائج مثل اللقاحات الحاوية على سكريات عديدة مقترنة بالبروتين والتي يتم إعطاؤها للإناث في سن الإنجاب لضمان مناعتهن وتحملهن.

كما تم تقييم الفعالية الاقتصادية لطرق الوقاية في المجتمعات المختلفة.

هدف الدراسة: على الرغم من أن الـ GBS كان يعتبر بشكل تقليدي من العوامل الممرضة ما حول الولادة، فقد تم تقييم شدة المرض لدى الإناث البالغات غير الحوامل.

طريقة الدراسة: في دراسة عديدة المراكز تم تقييم النتائج المعاكسة للحمل والتي تعزى إلى الـ GBS.

النتائج: أكدت الدراسة الدور الهام للمستعمرات الكثيفة من المكورات العقدية مجموعة ب في حدوث ولادات مبكرة لمواليد منخفضي الوزن.

الخلاصة: مازال هذا العامل الممرض مستمراً في إظهار أنماط مصلية محفظية تسبب حالياً نسبة كبيرة من الأخماج السريرية.

■ أمراض قلبية وعائية

الانتشار والنتيجة السريرية لانسداد الصمام التاجي

Prevalence and Clinical Outcome of Mitral-Valve Prolapse

N Engl J Med 1999; 341: 1-7

هدف الدراسة: تحديد مدى تواجد انسداد الصمام التاجي بين السكان بشكل عام وسيره السريري.

المجموعة المدروسة: ضمت المجموعة المدروسة 1646 ذكراً، و1845 أنثى، تراوحت أعمارهم بين 54.7 و10 سنوات.

طريقة الدراسة: تم تشخيص انسداد الصمام التاجي باستخدام معايير تخطيط صدى القلب ثنائي الأبعاد المتداولة.

حدد انسداد التاجي الكلاسيكي بأنه انزياح علوي لوربقات الصمام التاجي لأكثر من 2 ملم أثناء الانقباض، وبسماكة عظمى للوربقات تتجاوز 5 ملم أثناء الانبساط.

وحدد انسداد التاجي غير الكلاسيكي بأنه انزياح لأكثر من 2 ملم مع سماكة عظمى لا تتجاوز 5 ملم.

النتائج:

- أظهرت المجموعتان استجابة مستتد ممتازة تجاه مولد الضد السطحي لالتهاب الكبد ب (HbsAg)، فبعد شهر واحد من الجرعة النهائية كانت قيمة العيارات titers المضادة لـ HbsAg 10ملي وحدة دولية/مل على الأقل لدى 99% من الأطفال الذين أتموا جدول اللقاح خلال 6 أشهر، و98% من الأطفال الذين أتموا جدول اللقاح السنوي.

- تتناسب معامل كتلة الجسم عكسياً مع استجابة المستتد. الخلاصة: تشير هذه الدراسة إلى أنه بالرغم من فعالية جدول اللقاح السنوي، فإن الأطفال ذوي الخطورة العالية لحدوث التهاب الكبد ب يجب أن يتبعوا جدول الـ 6 أشهر لتقصير الفترة الزمنية التي يكونون خلالها عرضة للإصابة بالفيروس.

تطورات حديثة حول خمج فيروس الحماق-داء المنطقة

Recent Advances in Varicella-Zoster Virus Infection

Ann Intern Med 1999; 130: 922-932

دوافع الدراسة: طور فيروس داء المنطقة استراتيجيات معقدة تمكنه من البقاء كامناً داخل الجسم دون أن يتمكن الجهاز المناعي من القضاء عليه. وعلى الرغم من تمييز الحماق (جدري الماء) عن داء المنطقة منذ القدم، إلا أنه قد تمت ملاحظة عدة متلازمات سريرية حديثة لدى مرضى متلازمة نقص المناعة المكتسبة AIDS؛ تشمل جدري الماء المزمن المصحوب بأفات ثلولية دائمة، وحماق منتشر دون آفات جلدية.

النتائج: يعتبر الـ Acyclovir أساس معالجة أخماج فيروس الحماق-داء المنطقة الشديدة؛ ومع ذلك، فقد أدت المضادات الفيروسية الأحدث، مثل الـ Valacyclovir وfamciclovir، إلى توسيع نطاق خيارات المعالجة، لعلاج البالغين المصابين بداء الحلا النطاقي.

الخلاصة: إن لقاح فيروس الحماق-داء المنطقة الحي المضعف، الذي جرى ترخيصه حديثاً، فعال في الوقاية من جدري الماء، وتعطي قدرته على تحريض المناعة لدى البالغين ذوي الإيجابية المصلية أملاً في تعديل فترة الإصابة بالحلا النطاقي.

المكورات العقدية من المجموعة ب

Group B Streptococcus

Lancet 1999 Jan 2; 353 (9146): 51-6

خلفية الدراسة: توجه اهتمام الأبحاث الدائرة حول المكورات العقدية من المجموعة ب GBS في التسعينات إلى منع



شاباً مصاباً بالسكتة، مقارنة مع 7 (2.7%) من 263 شاهداً، كما وجد الانسداد لدى 2 (2.8%) من 71 مريضاً مصاباً بسكتة غير مفسرة.

كان معدل الفرق الأولي لانسداد الصمام التاجي بين المصابين بالسكتة مقارنة مع غير المصابين بها هو 0.7، وبعد تنظيم العمر والجنس أصبح معدل الفرق 0.59.

الخلاصة: يعتبر انسداد الصمام التاجي أقل شيوعاً مما سجل سابقاً بين الشباب المصابين بسكتة أو هجمة إقفارية عابرة، تشمل السكتة غير المفسرة، كما أنه ليس أكثر شيوعاً مقارنة مع الشاهد. لم يمكن استخدام معايير تخطيط صدى القلب المقبولة الآن والأكثر نوعية من توضيح العلاقة بين وجود الانسداد والحوادث العصبية الإقفارية الحادة لدى الشباب.

نسبة انتشار ارتفاع الضغط الشرياني، ومعالجة ارتفاع الضغط الشرياني، وضخامة البطين الأيسر بين عامي

1950 - 1989

Trends in the Prevalence
Of Hypertension, Antihypertensive Therapy,
and Left Ventricular Hypertrophy From 1950 to 1989

N Engl J Med 1999; 340: 1221-7

دوافع الدراسة: يعتبر الذكور والإناث المصابون بارتفاع الضغط الشرياني أكثر عرضة لخطر حدوث داء قلبي وعائي، خاصة عند الإصابة بضخامة البطين الأيسر.

تمت دراسة تبدل الميل لاستخدام الأدوية الخافضة لارتفاع الضغط الشرياني، ودراسة العلاقة بين استخدامها وانتشار ضغط الدم المرتفع، ووجود ضخامة بطين أيسر مثبتة بتخطيط القلب الكهربائي.

المجموعة المدروسة: خضع 10333 مريضاً مشاركاً في مجموعة دراسة القلب في فرامنغهام تتراوح أعمارهم بين 45-74 عاماً إلى 51.756 اختباراً بين عامي 1950 و 1989.

طريقة الدراسة: تم الحصول على معلومات عن ضغط الدم واستخدام خافضات الضغط الشرياني، وقيم تخطيط القلب الكهربائي لوجود ضخامة البطين الأيسر، ودرس تبدل هذه المعلومات بمرور الزمن.

استخدمت طريقة سؤال التقييم المعمم لفحص النزعات عبر الزمن. النتائج:

- من عام 1950 إلى عام 1989، ارتفعت نسبة استخدام الأدوية الخافضة للضغط الشرياني من 2.3% إلى 24.6% لدى الذكور، ومن 5.7 إلى 27.7% لدى الإناث. انخفضت نسبة

- شخص الانسداد لدى 84 شخصاً؛ 47 منهم كان الانسداد لديهم كلاسيكياً، بينما كان لدى 37 غير كلاسيكي.

- تشابه توزع العمر والجنس لدى المصابين بالانسداد مع غير المصابين.

- لم يكن لدى المصابين قصة قصور قلب، وكان لدى مصاب واحد 1 (1.2%) رجفان أذيني، بينما كان لدى آخر 1 (1.2%) إصابة وعائية دماغية، ولدى 3 (3.6%) إغماء.

- لدى المقارنة مع الانتشار غير المعدل للنتائج السابقة لأشخاص غير مصابين بالانسداد كانت النتائج 0.7، 1.7، 1.5، 3 على الترتيب.

- تشابه حدوث ألم الصدر والزلة وشذوذات تخطيط القلب الكهربائي بين المصابين وغير المصابين بالانسداد.

- كان المصابون بالانسداد أكثر هزالاً، ولديهم قلنس تاجي بدرجة أعلى من غير المصابين.

الخلاصة: سجل انتشار انسداد الصمام التاجي انخفاضاً عما كان عليه في السابق، كما أن انتشار العقابيل الشائعة الارتباط بالانسداد كانت أقل أيضاً.

غياب الدليل على المشاركة بين

انسداد الصمام التاجي والسكتة لدى المرضى الشباب

Lack of Evidence of an Association between
Mitral-Valve Prolapse and Stroke in Young Patients

N Engl J Med 1999; 341: 8-13

دوافع الدراسة: بينت دراسات سابقة انتشاراً كبيراً لانسداد الصمام التاجي بين المصابين بسكتة صمية تراوح بين 28% إلى 40%، خاصة لدى الشباب الذين لم يتجاوزوا 45 عاماً، ولهذا الاكتشاف تطبيقات عملية وقائية.

لقد تبدلت المعايير التشخيصية للانسداد وأصبحت تعتمد الآن على تحليل ثلاثي الأبعاد لشكل الصمام مما يقلل وبشكل ملحوظ من هذا التشخيص ويرفع نوعيته، لذا يجب إعادة النظر في المضاعفات الموصوفة سابقاً.

المجموعة المدروسة: ضمت 213 مريضاً لا تتجاوز أعمارهم 45 سنة، لديهم سكتة إقفارية مثبتة أو هجمة سكتة عابرة بين عامي 85-95، و 263 شاهداً غير مصابين بداء قلبي معروف تم تحويلهم لتقييم الوظيفة البطينية لديهم قبل البدء بتناول المعالجة الكيماوية.

طريقة الدراسة: أجري للمرضى تقييم عصبي كامل وتخطيط لصدى القلب.

النتائج: وجد الانسداد التاجي لدى 4 (1.9%) من 213 مريضاً



اختيار المعالجة المثلى لارتفاع الضغط الشرياني بواسطة القيام بتبديل متصالب بين أربعة أنواع رئيسية لخافضات الضغط Optimization of Antihypertensive Treatment by Crossover Rotation of Four Major Classes

Lancet 1999 Jun 12; 353: 2008-13

هدف الدراسة: تمت هذه الدراسة المتصالبة في المملكة المتحدة على مرضى ارتفاع الضغط الشرياني غير المعالج، والذين تتراوح أعمارهم بين 22 إلى 51 عاماً (ضغط الدم الوسطي 161/98 ملم ز) لتحديد ما إذا كان تبديل المرضى بين 4 أنواع رئيسية من خافضات الضغط يمكن أن يرفع من نسبة عدد المرضى الذين يحققون ضغط الدم المطلوب (140/90).

طريقة الدراسة: تلقى المرضى، وعددهم 56 مريضاً، 4 أنواع من المعالجات الدوائية خلال مدة 7 أشهر، حيث استغرقت كل معالجة مدة شهر واحد، مع مضي شهر بين كل معالجة و التي تليها لإزالة تأثير المعالجة السابقة.

كانت الأدوية المعطاة هي:

أ- ليزينوبريل lisinopril ، وهو مثبط للإنزيم القلب للأنجيوتنسين، بجرعة من 10 إلى 20 ملغ يومياً.

ب- بيزوبرولول bisoprolol ، وهو من حاصرات بيتا، بجرعة 5 ملغ يومياً.

ج- نيفيديبين nifedipine ، وهو من حاصرات قنوات الكالسيوم، بجرعة 30 ملغ يومياً.

د- مدرات الهيدروكلوروثيازيد، بجرعة 25 ملغ يومياً. وال تريامترين triamterene ، بجرعة 50 ملغ يومياً.

النتائج:

- حقق 39% من المرضى ضغط الدم المطلوب عند تناول دوائهم الأول، ولكن هذه النسبة ارتفعت إلى 73% في حال التبديل بين الأدوية، وهو فارق كبير.

- انخفض ضغط الدم لدى نصف المرضى إلى 135/85 ملم ز عند تناول الدواء الأكثر فعالية بالنسبة لهم.

- ظهر ارتباط كبير بين استجابة ضغط الدم للدوائين أ وب وبين ج ود، ولكن لم يظهر بين أزواج المعالجات الأخرى. وقد كانت الاستجابات إلى أ وب أفضل بكثير من ج ود.

الخلاصة: كانت استجابات المرضى متباينة بشكل واضح، وقد تلقى عدد قليل منهم فقط الدواء الأشد فعالية أولاً.

تشير هذه الدراسة إلى قاعدة أ ب/ ج د: أي يجب أن تبدأ معالجة المرضى تحت سن الـ 50 عاماً بمثبطات الأنزيم القلب للأنجيوتنسين أو حاصرات بيتا، ثم يتم التبديل عند الحاجة إلى حاصرات قنوات الكالسيوم أو المدرات.

ارتفاع ضغط الدم الانقباضي المتجاوز 160 ملم ز، أو ضغط الدم الانبساطي المتجاوز 100 ملم ز على الأقل، من 18.5% إلى 9.2% لدى الذكور، ومن 28% إلى 7.7% لدى الإناث.

ترافق هذا التناقض بانخفاض انتشار ضخامة البطين الأيسر المثبتة بتخطيط القلب الكهربائي، وذلك من 4.5% إلى 2.5% لدى الرجال، ومن 3.6% إلى 1.1% لدى النساء.

الخلاصة: إن تزايد استخدام خافضات الضغط الشرياني أدى إلى تناقص انتشار ضغط الدم المرتفع وبالتالي إلى تناقص حدوث ضخامة البطين الأيسر لدى عامة الناس، مما يفسر التناقض الملموس في نسبة حدوث الوفيات الناتجة عن داء قلبي وعائي منذ أواخر الستينات.

مقارنة عشوائية لتأثير المعالجة الطويلة الأمد باستخدام الميتوبرولول أو الكارفيديلول على الأعراض، والجهد، والجزء المقذوف، والكره التأكسدي في قصور القلب

Randomized Comparison of Effect of
Long-term Treatment with Metoprolol or
Carvedilol on Symptoms, Exercise, Ejection
Fraction, and Oxidative Stress in Heart Failure

Circulation 1999 May 25; 99: 2645-51

دوافع الدراسة: أظهرت عدة دراسات فائدة حاصرات بيتا لدى مرضى قصور القلب الاحتقاني، وذلك باستخدام الكارفيديلول وهو من الجيل الثالث لحاصرات بيتا، وله تأثير حاصر لأفيا ومضاد للأكسدة.

هدف الدراسة: المقارنة بين تأثير الكارفيديلول، والميتوبرولول، حاصر بيتا من الجيل الثاني، وانتقائي لـ B1.

المجموعة المدروسة: 67 مريضاً لديه قصور قلب عرضي رغم استخدام الديجوكسين والمدرات ومثبطات الأنزيم المحول للأنجيوتنسين.

النتائج: أبدى المرضى الذين أتموا الأشهر الستة للدراسة تحسناً واضحاً في الأعراض دون اختلافات بين المجموعتين، كما أبدوا تحسناً في المسافة التي يستطيعون سيرها خلال 6 دقائق، وكذلك ظهر تحسن واضح في الجزء المقذوف؛ من 19% إلى 25% للكارفيديلول، ومن 18% إلى 23% للميتوبرولول.

الخلاصة: تظهر الدراسة التي تشمل عدداً غير كثير من المرضى تماثل الفائدة السريرية للكارفيديلول والميتوبرولول - حيث إن الأخير هو حاصر بيتا نوعي - وقليل التكلفة لعلاج قصور القلب.



- بدأ تطور نحو 20% إلى 40% من حالات السكتة منذ هجمة الشقيقة لدى النساء المصابات.
الخلاصة: إن الإصابة بالشقيقة لدى الإناث في سن الإنجاب ترفع من خطورة الإصابة بالسكتة الإقفارية إلى حد بعيد وليس من السكتة النزفية. وإن استخدام موانع الحمل الفموية، أو ارتفاع ضغط الدم، أو التدخين، تضاعف خطورة حدوث السكتة الإقفارية المترافقة مع الشقيقة.

مقاومة البروتين C المفعّل وطفرة العامل الخامس لـ Leiden هما عاملاً خطورة مستقلان للإصابة بالانصمام الخثاري الوريدي Activated Protein C Resistance and Factor 5 Leiden Mutation Are Independent Risk Factors for Venous Thromboembolism

Ann Intern Med 1999 Apr 20; 130: 643-50

دوافع الدراسة: إن طفرة العامل الخامس لـ Leiden المسؤولة عن مقاومة البروتين C المفعّل APC هي أكثر شذوذاً التخثر شيوعاً والمرتبطة بالانصمام الخثاري الوريدي VTA. ولكن يمكن أن تحدث مقاومة الـ APC حتى دون وجود هذه الطفرة.

هدف الدراسة: لمعرفة ما إذا كانت مقاومة APC هي عامل خطورة لحدوث VTE حتى لدى الأشخاص الذين لا توجد لديهم الطفرة.

طريقة الدراسة: أجريت هذه الدراسة المتصالية في إيطاليا على عينة سكانية من البالغين، يبلغ عددهم 15018 شخصاً.

النتائج:

- شوهدت مقاومة الـ APC لدى 14% من الأشخاص (لا يتناولون الوارفارين)، بحيث كان 3% منهم يحملون طفرة العامل الخامس لـ Leiden، وقد ذكر أقل من 1% منهم إصابتهم بالاختار الوريدي في الاستقصاء.

- وفي تحليل تم فيه مراقبة عاملي العمر والجنس، كانت مقاومة الـ APC مرتبطة بازدياد خطورة حدوث VTE حتى لدى الأشخاص الذين لا يحملون الطفرة (معدل الفرق 1.7).

- لم يتم تفسير ارتفاع خطورة الإصابة بـ VTE أيضاً بوجود مضاد تخثر الذأب، أو ارتفاع مستويات العامل VIII، أو بأسباب أخرى معروفة لمقاومة APC (مثل العامل الخامس لكامبريدج أو هونغ كونغ).

الخلاصة: يبدو أن مقاومة البروتين C المفعّل هو عامل خطورة مستقل للإصابة بالانصمام الخثاري الوريدي. وعلى الرغم من أن فائدة اختبار شذوذاً التخثر غير واضحة تماماً لدى عامة

الصداع النصفي والسكتة لدى الإناث اليافعات:

دراسة موجهة

الدراسة المشتركة لمنظمة الصحة العالمية

حول الداء القلبي الوعائي ومنع الحمل بالهرمون الستيرويدي

Migraine and Stroke in Young Women:

Case-Control Study

The World Health Organisation Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception

BMJ 1999 Jan 2; 318 (7175): 13-8

هدف الدراسة: دراسة الارتباط بين داء الشقيقة والسكتة الإقفارية أو النزفية لدى الإناث اليافعات.

طريقة الدراسة: دراسة موجهة في المشفى.

مكان الدراسة: 5 مراكز أوروبية مشاركة في الدراسة التابعة لمنظمة الصحة العالمية حول الداء القلبي الوعائي ومنع الحمل بالهرمون الستيرويدي.

المجموعة المدروسة: 291 امرأة تتراوح أعمارهن بين 20 و 44 عاماً، مصابات بسكتة شريانية إقفارية أو نزفية أو غير مصنفة، و 736 امرأة مماثلة في العمر والوضع في المشفى، كمجموعة شاهد.

المدخلة: استقصاء.

معياري النتائج الرئيسية: وجود صداع في القصة المرضية المذكورة من قبل المريضة. النتائج:

- كان معدل الفرق المرتبط بحدوث شقيقة مذكورة في القصة المرضية من قبل المريضة يساوي 1.78 و 3.54 و 1.10، لجميع أنواع السكتة، والسكتة الإقفارية، والسكتة النزفية على التوالي.

- كان معدل الفرق للسكتة الإقفارية مماثلاً لمعدل الفرق للشقيقة التقليدية (المترافقة بالحدس الشخصي السابق لاشتداد النبوة) 3.81، والشقيقة البسيطة (دون حدس مسبق) 2.97.

- ارتبط وجود الشقيقة بشكل وراثي لدى العائلة -بغض النظر عن القصة المرضية الشخصية- مع ارتفاع معدل الفرق بالنسبة للسكتة الإقفارية والنزفية أيضاً.

- ترافق استخدام موانع الحمل الفموية أو وجود ارتفاع في ضغط الدم أو التدخين لدى النساء المصابات مع تأثيرات أكثر من مضاعفة على معدل الفرق بالنسبة للسكتة الإقفارية فقط المترافقة مع الشقيقة.

- لم يسهم التغير في تكرار أو نوع الشقيقة بسبب تناول موانع الحمل الفموية في التنبؤ بالسكتة التالية.



المرضى خلال الأيام الأولى من مثل هذه المعالجة المشتركة تحسباً لحدوث حالات بطء قلب.

استخدام حاصرات بيتا، والوفيات

لدى المصابين بسوء وظيفة البطين الأيسر الانقباضية العرضية والاعرضية

Beta-Adrenergic Blocking Agent Use and Mortality in Patients with Asymptomatic and Symptomatic Left Ventricular Systolic Dysfunction:

A Post Hoc Analysis of the Studies of Left Ventricular Dysfunction

J Am Coll Cardiol 1999 Mar 15; 33: 916-23

خلفية الدراسة: تخفض مثبتات الأنزيم القالب للأنجيوتنسين ACE من الوفيات لدى مرضى سوء وظيفة البطين الأيسر العرضية والاعرضية. وتقوم حاصرات بيتا بتخفيض نسبة الوفيات بين المرضى العرضيين، ولكن فائدتها أقل في حال المرضى اللاعرضيين الذين تناولوا مؤخراً مثبتات ACE. هدف الدراسة: قام تحليل post hoc التابع لدراسات سوء وظيفة البطين الأيسر SOLVD حول المعالجة (في حال وجود الأعراض)، والوقاية (في حال غياب الأعراض)، بتقييم تأثير مشاركة هذه العوامل.

طريقة الدراسة: تم توزيع المرضى، الذين لم يتجاوز الجزء المقذوف لديهم 0.35، عشوائياً لتناول الإنالابريل enalapril أو الدواء الموهم، لمدة 3 سنوات.

تم تناول حاصرات بيتا من قبل 1015 مريضاً (24%) و 197 مريضاً (8%)، من المشاركين في دراسة الوقاية والمعالجة على التوالي.

النتائج:

- كانت نسبة الوفيات لأي سبب في كلتا الدراستين أقل لدى المرضى الذين تناولوا حاصرات بيتا، حيث كان معظم الفائدة في حال دراسة الوقاية ناتجاً عن التقليل من قصور الضخ (4.9% إلى 3.3%) ومن الوفاة بسبب الرجفان (5.2% إلى 3.6%)، بينما نتجت الفائدة في حال المعالجة عن خفض قصور الضخ (18.8% إلى 11.7%).

- بتحليل المتغيرات، أدى استخدام حاصرات بيتا إلى خفض نسبة الوفيات لدى المرضى اللاعرضيين المتناولين للإنالابريل.

الخلاصة: توضح نتائج هذه المحاولة العشوائية الواسعة الفائدة التآزرية لحاصرات بيتا ومثبتات الأنزيم القالب للأنجيوتنسين لدى المرضى المصابين بسوء وظيفة البطين الأيسر اللاعرضيين.

وعلى الرغم من أن كل عامل يقوم بمفرده بخفض الوفيات لدى المرضى العرضيين، إلا أنه لم يلاحظ تغير نسبة الوفيات لدى

الأشخاص، وحتى لدى المصابين بالـ VTE، فإنه حتى في حال إجراء هذه الاختبارات، فإن اختبار طفرة العامل الخامس لـ Leiden وحده غير كاف.

تفاعل الأميودارون مع حاصرات بيتا:

تحليل أسس البيانات المدمجة للدراسة الأوروبية والكندية حول احتشاء العضلة القلبية والأميودارون

Amiodarone Interaction with B-Blockers: Analysis of the Merged EMIAT (European Myocardial Infarct Amiodarone Trial) and CAMIAT (Canadian Amiodarone Myocardial Infarction Trial) Databases

Circulation 1999 May 4; 99: 2268-75

خلفية الدراسة: تقوم مشاركة حاصرات بيتا والأميودارون معاً بتثبيط الرجفان البطيني.

هدف الدراسة: معرفة ما إذا كانت مشاركتها ذات تأثير تآزري، وما إذا كان تأثيرهما المبطئ للقلب يسبب مضاعفات.

طريقة الدراسة: تم الحصول على المعلومات من محاولتين عشوائيتين مقارنة بين الدواء الموهم ثنائيي التعمية حول الأميودارون أجريتا على 2687 مريضاً بقوا على قيد الحياة بعد إصابتهم باحتشاء حاد في عضلة القلب.

تمت المعالجة بحاصرات بيتا لـ 51% من هؤلاء المرضى، حيث كانت نسبة حدوث وذمة رئوية وغيرها من العوامل منخفضة لديهم مما يشكل إنذاراً أفضل.

النتائج:

- كان الأميودارون ذا فائدة واضحة لدى المرضى الذين عولجوا بالأميودارون وحاصرات بيتا، حيث كانت نسبة الوفيات من الإصابة القلبية أقل بشكل ملحوظ لدى المرضى المعالجين بالدواءين معاً منها لدى المعالجين بحاصرات بيتا فقط (28 مقابل 48 حالة وفاة، الخطورة النسبية 0.59)، وذلك بعد ضبط الاختلافات السريرية بين المجموعات الجزئية للمرضى.

- كانت نسبة خطورة حدوث الوفاة بسبب الرجفان البطيني أو إنعاش القلب المتوقف لدى المرضى المعالجين بالدواءين أقل بشكل واضح عند نهاية فترة المعالجة من المعالجين بحاصرات بيتا فقط (16 مقابل 40 حالة، الخطورة النسبية 0.39).

- أظهرت منحنيات البقاء أن الأميودارون كان أقل فعالية بكثير لدى المرضى الذين لم يتناولوا حاصرات بيتا.

الخلاصة: على الرغم من كون هذه الدراسة راجعة، فإن النتائج قوية بشكل يكفي لدعم الاستخدام المستمر لحاصرات بيتا متى أمكن ذلك لدى المرضى الذين يعالجون بالأميودارون بعد إصابتهم باحتشاء العضلة القلبية. وإنه لمن المبرر القيام بمراقبة



المخول الطويل الأمد للغذاء الغني بالألياف

وانخفاض خطورة الإصابة بداء قلبي إكليلي بين الإناث

Long-Term Intake Dietary Fiber
and Decreased Risk of Coronary Heart Disease
among Women

JAMA 1999 Jun 2; 281: 1998-2004

دوافع الدراسة: يؤدي تناول الألياف الغذائية بكمية كبيرة إلى تخفيض الكولسترول LDL.

هدف الدراسة: معرفة العلاقة بين استهلاك الألياف والحوادث الإكليلية لدى الإناث.

المجموعة المدروسة: 68782 امرأة دون وجود قصة سابقة لداء قلبي وعائي أو سرطان أو فرط كولسترول دم أو داء سكري عند بدء الدراسة.

طريقة الدراسة: درس استهلاك الألياف في الأعوام 84، و86، و90 وقسمت الإناث إلى مجموعات حسب كمية الألياف المستهلكة، ثم سجلت الحوادث الإكليلية الحادثة بين عامي 84-94.

النتائج:

- بعد ضبط العمر، لوحظ لدى المجموعة الأكثر استهلاكاً للألياف انخفاض نسبة خطر حدوث احتشاء قلبي غير قاتل بقدر 43%، وداء إكليلي قاتل بقدر 59%، وذلك مقارنة مع الإناث الأقل استهلاكاً للألياف.

- توافقت كل زيادة بمقدار 10 غرام في استهلاك الألياف الكلية وعلى المدى الطويل بانخفاض خطر الداء القلبي الإكليلي بنسبة 19%.

- كان التأثير الواقي ملحوظاً في ألياف الحبوب ولم يلاحظ ذلك في ألياف الخضار والفواكه.

الخلاصة: تدعم هذه الدراسة النظرية القائلة بأن الألياف (خاصة في الحبوب) قادرة على تقليل نسبة حدوث الداء القلبي الإكليلي عند النساء.

الدراسة المتعددة المراكز

لزيادة فعالية النبض المعاكس الخارجي:

تأثير زيادة فعالية النبض المعاكس الخارجي على إقفار العضلة القلبية المحدث بالجهد وعلى حوادث الذبحة

The Multicenter Study of Enhanced External
Counterpulsation (MUST-EECP):
Effect of EECP on Exercise-induced Myocardial
Ischemia and Anginal Episodes

J AM Coll Cardiol 1999 Jun; 33: 1833-40

مشاركة العوامل، ربما بسبب قلة استخدام حاصرات بيتا لدى مجموعة المعالجة.

مستويات البوتاسيوم المصلي ما قبل العمل الجراحي، والنتائج ما حول العمل الجراحي، لدى مرضى الجراحة القلبية

Preoperative Serum Potassium Levels and
Perioperative Outcomes in Cardiac Surgery Patients

JAMA 1999 Jun 16; 281: 2203-10

هدف الدراسة: معرفة ما إذا كان من الواجب تأخير العمل الجراحي القلبي عندما يبين الاختبار المجرى قبل الجراحة وجود انخفاض في مستوى بوتاسيوم الدم.

طريقة الدراسة: قامت هذه الدراسة بتحليل البيانات من 2402 مريضاً ستجرى لهم جراحة طعم مجازة شريان إكليلي اختياري، في 24 مركزاً طبياً في الولايات المتحدة الأمريكية، بحيث يوجد انخفاض في بوتاسيوم الدم ما قبل العمل الجراحي لدى 70 مريضاً منهم (3%) والمعرف بمستويات بوتاسيوم أقل من 3.5 ملمول/لتر.

ارتبط انخفاض بوتاسيوم الدم بالجنس الأنثوي، وإصابة مسبقة باللانظميات arrhythmias، وارتفاع ضغط الدم، وباستخدام المدرات.

النتائج:

- أصيب 1290 مريضاً (54%) باللانظمية خلال الفترة ما حول العمل الجراحي، وكانت 498 حالة منها خطيرة (21%).

- أصيب 36% من مرضى انخفاض بوتاسيوم الدم باللانظميات خطيرة (نسبة الفرق 2.2)، حيث كان ارتفاع خطورة الإصابة باللانظمية أثناء العمل الجراحي مماثلاً لخطورة الإصابة برجفان أذيني أو رفرفة أذينية بعد الجراحة لدى هؤلاء المرضى.

- ارتبط انخفاض البوتاسيوم بارتفاع الحاجة إلى الإنعاش القلبي الرئوي بمعدل أعلى من ثلاثة أضعاف، بالرغم من تضاعف هذا الارتباط عند الأخذ بعين الاعتبار المعلومات السريرية الأخرى لدى تحليل المتغيرات.

الخلاصة: يبدو أن انخفاض بوتاسيوم الدم يخفف من عتبة تطور اللانظمية لدى المرضى خلال العمل الجراحي القلبي.

وعلى الرغم من أن محاولات المداخلة لم تؤد إلى توضيح تأثير المعالجة التامة لانخفاض بوتاسيوم الدم قبل الجراحة، إلا أنه يبدو أن فعالية هذه الطريقة وانخفاض كلفتها ستؤديان إلى اعتمادها لدى المرضى المعدين للقيام بالإجراءات الاختيارية.



هدف الدراسة: للإجابة على هذا التساؤل تمت دراسة وظيفة الخلايا الظهارية للطرق التنفسية، وتحديد تكرار الأعراض الرئوية لدى المرضى المصابين بنقص الألدوستيرونية الكاذب الجهازية، وهو داء فقدان الملح salt-losing disorder الذي ينتج عن طفرات في المورثات المسؤولة عن قنوات الصوديوم الظهارية مما يؤدي إلى فقدان وظيفتها.

المجموعة المدروسة: 9 مرضى، تتراوح أعمارهم بين 1.5 إلى 22 عاماً، مصابين بنقص الألدوستيرونية كاذب جهازية.

طريقة الدراسة: تم اختبار وجود طفرات في مورثات قنوات الصوديوم الظهارية، وتقدير سرعة نقل الصوديوم في الطرق التنفسية، وتحديد حجم وتركيب شوارد السائل السطحي للطرق التنفسية، ومراجعة المظاهر السريرية، وجمع البيانات المخبرية المتعلقة بالوظيفة الرئوية، وقد تم قياس التصفية المخاطية الهيدية لدى 3 بالغين.

النتائج:

- أدت الإصابة بقصور الألدوستيرونية كاذب جهازية إلى فقدان وظيفي في المورثات الخاصة بتحت وحدات قنوات الصوديوم الظهارية.

- لا يوجد امتصاص للصوديوم من سطوح الطرق التنفسية.
- كان حجم السائل السطحي للطرق التنفسية ضعفي قيمته الطبيعية.

- كان متوسط سرعة النقل المخاطي الهدي لدى المرضى البالغين الثلاث أعلى منه لدى الأشخاص الطبيعيين الإثني عشر (النسبة المئوية $+2/-0.7$ مقابل $+0.5/-0.3$ % / دقيقة).

- تكررت عوارض احتقان الصدر لدى جميع المرضى الصغار السن الذين لم يتجاوزوا 5 سنوات، إضافة إلى السعال، والوزيز، ولكن لم يحدث خمج طرق تنفسية بالمكررات العنقودية الذهبية *S. Aureus* أو الزائفة الزنجارية *P. Aeruginosa*.
- كانت الأعراض التنفسية أقل مشاهدة لدى المرضى الأكبر سناً (أكثر من 5 سنوات).

الخلاصة: هناك فشل في امتصاص السائل من سطوح الطرق التنفسية لدى مرضى نقص الألدوستيرونية الكاذب الجهازية، مما يؤدي إلى ازدياد حجم السائل في هذه الطرق.
توضح هذه النتائج أن لنقل الصوديوم دوراً في تنظيم حجم السائل الموجود على سطح وبشرة الطرق التنفسية.

تأثير حجم الأنبوب الأنفي المعدي على القلس والرشف القليل الكمية لدى مرضى التنبيب

Effect of Nasogastric Tube Size on Gastroesophageal

خلفية الدراسة: النبض المعاكس الخارجي الزائد الفعالية EECF عبارة عن تقنية تستخدم فيها أكام حول الساقين تنتفخ ثم تفرغ من الهواء بشكل متوافق مع الدورة القلبية وذلك بهدف رفع الضغط الشرياني، وتحسين التروية الشريانية الإكليلية أثناء الانبساط.

تقلد هذه الأداة عمل البالون داخل الأبهر.

هدف الدراسة: معرفة فائدة تقنية EECF.

المجموعة المدروسة: 139 مريضاً خارجياً لديهم خناق (المجموعة الأولى) ومرضى الشاهد (المجموعة الثانية).

طريقة الدراسة: أخضع مرضى المجموعة الأولى للـ EECF لمدة 35 ساعة، كما أخضع مرضى الشاهد لنفس المدة للـ EECF غير فعال، حيث نفخت الأكام حتى الوصول إلى ضغط منخفض جداً غير مؤثر على الضغط الدموي لكنه عال بشكل كاف ليشعر به المريض.

النتائج: بنهاية فترة التجربة ازداد الزمن اللازم لظهور نقص التروية على مخطط القلب الكهربائي أثناء اختبار الجهد بقدر 37 ثانية في المجموعة الأولى، لكنه انخفض بقدر 4 ثوان في المجموعة الثانية. سجل مرضى المجموعة الأولى حوادث خناق قليلة، ولم يكن هناك اختلاف ملحوظ بين المجموعتين في استخدام النتروغليسرين.

الخلاصة: تشير هذه الدراسة إلى أن تقنية الضغط المعاكس الخارجي قد تكون علاجاً معقولاً لمرضى مصابين بخناق لم يتم السيطرة عليه بالمعالجة الدوائية وغير مرشحين لإعادة التروية. لا تزال فائدة هذه التقنية في تخفيض الوفيات بحاجة لمزيد من الدراسة، ولكنها تبقى قيمة على الأقل في مجال تخفيف الأعراض فقط.

■ (أمراض صدرية)

سوء وظيفة قنوات الصوديوم في الظهارة الرئوية وزيادة السائل الموجود في الطرق التنفسية في نقص الألدوستيرونية الكاذب
Pulmonary Epithelial Sodium-Channel Dysfunction and Excess Airway Liquid in Pseudohypoaldosteronism

N Engl J Med 1999; 341: 156-62

خلفية الدراسة: إن الامتصاص الفعال للصوديوم هو الآلية السائدة لنقل الشوارد في النسيج الظهاري للطرق التنفسية، ولكن لا يزال دوره في فيزيولوجية الرئة ودفاع الطرق التنفسية مجهولاً.



دراسة عشوائية موجهة

Long-Term Effect of Inhaled Budesonide in Mild and Moderate Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Randomized Controlled Trial

Lancet 1999 May 29; 353: 1819-23

هدف الدراسة: معرفة الفائدة الطويلة الأمد للستروئيدات القشرية المستنشقة في علاج الداء الرئوي الانسدادي المزمن COPD ، لا تزال مجهولة.

مكان الدراسة: الدانمارك.

المجموعة المدروسة: 203 مريض تراوحت أعمارهم بين 30-70 سنة، دون وجود أي حالة ربو مسجلة ذاتياً، ولم يستخدموا للستروئيدات الفموية أو المستنشقة لفترة طويلة مؤخراً.

كان الحجم الزفيري الجهدى (FEV1) / نسبة السعة الحيوية لا يتجاوز 0.7، كما كانت قابلية قلب FEV1 أقل من 15% بعد جرعة من التربوتالين Terbutaline المستنشقة، وبعد 10 أيام من تناول البردينيزولون Prednisolone الفموي.

طريقة الدراسة: أعطي المرضى إما البديزوناييد المستنشقة Budesonide، أو الدواء الموهوم.

النتائج:

- هبط مستوى FEV1 بمقدار 45.1 مل/سنة لدى [مجموعة المعالجة بالبديزوناييد المستنشقة، و 41.8 في مجموعة الدواء الموهوم.

- حدثت 155 هجمة في مجموعة البديزوناييد، و 161 هجمة في مجموعة الدواء الموهوم.

- لم يلاحظ أي اختلاف آخر، كما لم تسجل أية اختلافات في الأعراض المذكورة من قبل المرضى .

الخلاصة: لا فائدة من المعالجة الطويلة الأمد بالستروئيدات المستنشقة لدى مرضى COPD، وقد استبعد المرضى الذين حصلوا على فائدة حقيقية في مستوى FEV1 نتيجة استنشاق موسع قصبي أو تناول شوط قصير من الستيروئيدات الفموية.

حدوث انصبابات جنبيه غزيرة

بعد إجراء مجازات إكليلية

Large Pleural Effusions Occuring after Coronary Artery Bypass Grafting

Ann Intern Med 1999; 130: 891-896

خلفية الدراسة: في بعض الأحيان، تحدث انصبابات جنبيه كبيرة بعد المجازات الشريانية الإكليلية CABG، ولكن لا تزال صفاتها وسلوكها السريري مجهولة بشكل كبير.

Reflux and Microaspiration in Intubated Patients

Ann Intern Med 1999; 130: 991-994

خلفية الدراسة: هناك دليل ضعيف يدعم النظرية القائلة بأن الأنابيب الأنفية المعدية ذات القطر الصغير تمنع القلس المعدي المريئي والاستنشاق الرئوي القليل الكمية لدى مرضى التنبيب.

هدف الدراسة: تحديد إمكانية تخفيف القلس المعدي المريئي والاستنشاق الرئوي لدى مرضى التنبيب باستخدام أنبوب أنفي معدي صغير القطر.

المجموعة المدروسة: ضمت المجموعة المدروسة 17 مريضاً طبق عليهم التنبيب لأكثر من 72 ساعة.

طريقة الدراسة: أجريت دراسة تصالبيه عشوائية بفترة زمنية.

المدخلات الطبية: تم سكب غراء التكنيسيوم المشع Radioactive Technetium Colloid في معدة كل مريض ببطء.

وطبق على المرضى عشوائياً أنبوبان أنفيان معديان؛ أحدهما بقطر خارجي 6 ملم، والآخر بقطر 2.85 ملم.

أعيدت قياسات تعدادات الفعالية الإشعاعية باستخدام الأنبوب البديل بعد 72 ساعة من أخذ القياسات الأصلية.

أخذت نماذج متسلسلة من المصل، ومن عصارة المعدة، ومن الإفرازات الرغامية البلعومية.

المقاييس: أجريت مقارنة للفترات الزمنية لتعداد الفعالية الإشعاعية لجميع النماذج المأخوذة من كل المرضى أثناء استخدام كلا الأنبوبين.

النتائج: كان التعداد الوسطي للفعالية الإشعاعية للرشافات البلعومية أكبر من التعداد البدئي عند جميع الفترات الزمنية، وماتله في ذلك تعداد الفعالية الإشعاعية التصاعدي (التراكمي) للرشافات البلعومية بعد 17 ساعة من تطبيق أول جرعة من غراء التكنيسيوم المشع، ولم يختلف تعداد الرشافات الرغامية عما كان عليه عند بدء الدراسة.

لم توجد اختلافات بين نتائج الأنبوبين عند مقارنة الفترات الزمنية والحسابات التصاعدية للنماذج البلعومية والرغامية.

الخلاصة: لا تخفض الأنابيب الأنفية المعدية ذات القطر الصغير لدى مرضى التنبيب، من القلس المعدي المريئي والاستنشاق الرئوي القليل الكمية.

التأثير الطويل الأمد للبديزوناييد المستنشقة في علاج الداء

الرئوي الانسدادي المزمن المتوسط إلى الخفيف:



طريقة الدراسة: في هذه الدراسة المستقبلية، عديده المراكز، ثنائية التعمية، تمت مقارنة فعالية السيبروفلوكساسين مع فعالية الكلاريثروميسين في علاج المرضى المصابين بهجمات جرثومية حادة لالتهاب القصبات المزمن ABECB، حيث تم عزل العامل الممرض قبل تطبيق المعالجة، وقد قيست الفعالية بالفترات الخالية من الخمج. كانت متغيرات الفعالية الثانوية هي الاستجابة السريرية والجرثومية في نهاية فترة المعالجة. تلقى المرضى عشوائياً السيبروفلوكساسين أو الكلاريثروميسين (500 ملغ مرتان يومياً لمدة 14 يوماً). تم إدراج 376 مريضاً مصابين بهجمات حادة لالتهاب القصبات المزمن، كان 234 مريضاً مصابين بـ ABECB. النتائج:

- شوه التحسن السريري لدى 90% (89 من 99) من مرضى مجموعة السيبروفلوكساسين، و 82% (75 من 91) من مرضى مجموعة الكلاريثروميسين الذين أمكن تقييم الفعالية لديهم.
- كان وسطي فترة الخلو من الإصابة بالخمج 142 يوماً في مجموعة السيبروفلوكساسين، و 51 يوماً في مجموعة الكلاريثروميسين.
- كانت نسبة القضاء على الجراثيم 91% (86 من 95) في مجموعة السيبروفلوكساسين، و 77% (67 من 87) في مجموعة الكلاريثروميسين.
- الخلاصة: تؤدي المعالجة بالسيبروفلوكساسين في الهجمات الجرثومية الحادة لالتهاب القصبات المزمن إلى القضاء على الجراثيم وإطالة فترات الشفاء من الخمج (الهجوم)، مقارنة مع الكلاريثروميسين.

■ (أمراض هضمية)

النتائج السريرية للإصابة بـ خمج التهاب الكبد ث سبب الغلوبولين المناعي مضاد-د الملوث

Clinical Outcomes after Hepatitis C Infection from Contaminated Anti-D Immune Globulin

N Engl J Med 1999; 340: 1228-33

دوافع الدراسة: في شباط 1994، اكتشف أن وجبات من الغلوبولين المناعي مضاد - د المستخدم في أيرلندا في عامي 1977 و 1978 لمنع تساوي العامل الريصي

هدف الدراسة: أجريت هذه الدراسة لتوضيح السلوك السريري ونتائج فحص سائل الجنب لدى المرضى الذين لديهم انصبابات جنبية كبيرة حاصلة بعد وضع CABG. طريقة الدراسة: دراسة مستقبلية متسلسلة. مكان الدراسة: مستشفى تعليمي جامعي من التصنيف الثالث. المجموعة المدروسة: 3707 مرضى أجري لهم وضع CABG في الفترة الواقعة بين 1 شباط 1996 و 1 آب 1997. معايير الدراسة: تمت مراجعة الصور الإشعاعية للصدر. وتم الحصول على معلومات عن نتائج فحص سائل الجنب، ومعالجة انصباب غشاء الجنب، وجراحة القلب، من السجلات الطبية وبيانات الجراحة القلبية. النتائج:

- وجدت انصبابات جنبية تشغل أكثر من 25% من أحد جانبي الصدر لدى 29 مريضاً (0.78%).
- عزيت 7 من هذه الانصبابات إلى قصور القلب الاحتقاني، و 2 منها إلى التهاب الشغاف، وانصباب واحد إلى انصمام رئوي.
- لم يكن للـ 19 انصباباً المتبقية تفسير واضح. وكانت جميعها - عدا اثنين منها - متوضعة بشكل أساسي في الجهة اليسرى. 8 انصبابات من هذه الـ 19 كانت مدماة، و 11 منها غير مدماة.
- كانت الانصبابات المدماة تحدث عادة في وقت أبكر، وتحتوي على مستويات أعلى من أنزيم lactic acid dehydrogenase، وهي قابلة للتلون بالأيوزين.
- كان تدبير الانصبابات غير المدماة أصعب.
- الخلاصة: يمكن أن تحدث الانصبابات الجنبية الغزيرة لدى نسبة من المرضى بعد إجراء CABG. وهي غير واضحة السبب تماماً.

يمكن أن يتم تدبير معظم الانصبابات المدماة ببزل الجنب من مرة إلى ثلاث مرات. ويمكن أن يتطلب التخلص من الانصبابات غير المدماة استخدام مضادات الالتهاب، أو فغر الصدر باستخدام الأنبوب، أو زرق عوامل مصلية داخل الجنب.

فعالية السيبروفلوكساسين الفموي مقارنة بالكلاريثروميسين لمعالجة الهجمة الحادة الجرثومية في التهاب القصبات المزمن. مجموعة دراسة التهاب القصبات

Efficacy of Oral Ciprofloxacin vs. Clarithromycin for Treatment of Acute Bacterial Exacerbations of Chronic Bronchitis. The Bronchitis Study Group

Clin Infect Dis 1998 Oct; 27 (4): 730-8



ارتباط الآلام العضلية الهيكلية والتعب بالتهاب الكبد المزمن:

تقرير عن 239 مريضاً في عيادة أمراض الكبد

Musculoskeletal Pain and Fatigue are Associated with Chronic Hepatitis C:

A Report of 239 Hepatology Clinic Patients

Am J Gastroenterol 1999 May; 94: 1355-60

خلفية الدراسة: وصفت العديد من الدراسات التظاهرات العضلية الهيكلية للإصابة بـ خمج التهاب الكبد من النوع C. هدف الدراسة: تمت هذه الدراسة في عيادة أمراض الكبد الجامعية في أوريغون، حيث قام الباحثون باستقصاء حول الآلام العضلية الهيكلية والتعب لدى 239 مريضاً متتابعين. كان 121 مريضاً منهم مصابين بـ خمج فيروس التهاب الكبد المزمن و 118 مصابين بأمراض كبدية أخرى.

النتائج:

- كان انتشار الألم العضلي الهيكلية أعلى بكثير لدى المصابين بـ خمج HCV (81% مقابل 56%)، وكذلك كان الوضع بالنسبة لليبوسة الصباحية (58% مقابل 30%)، وآلام المفاصل (54% مقابل 26%)، والتعب الشديد (67% مقابل 44%).

- كان انتشار الألم العضلي الهيكلية والتعب لدى المرضى الذين تشاركت لديهم الأمراض الكبدية الكحولية أو التهاب كبد B مع HCV، مماثلاً لانتشاره لدى المرضى المصابين بـ HCV فقط.

- عند القيام بفحص خزعة كبدية، لم تشاهد علاقة بين وجود ألم عضلي هيكلية أو تعب ومستويات أنزيم الترانسأميناز transaminase أو شدة التهاب الكبد.

الخلاصة: إن الأعراض العضلية الهيكلية والتعب شائعة لدى المرضى المصابين بأمراض كبدية مختلفة، ولكن هذه الأعراض تظهر بشكل أوضح لدى المصابين بـ خمج التهاب الكبد الفيروسي C.

النمط الجيني HFE لدى مرضى الصباغ الدموي والأمراض الكبدية الأخرى

HFE Genotype in Patients with Hemochromatosis and Other Liver Diseases

Ann Intern Med 1999; 130: 953-962

دوافع الدراسة: يعتبر الصباغ الدموي الوراثي اضطراب وراثي شائع في استقلاب الحديد، وقد تم التعرف مؤخرًا على المورثة HFE الحاوية على طفرتين C282Y و H63D.

RH isoimmunization كانت ملوثة بفيروس التهاب الكبد HCV وذلك من معطٍ مصاب وحيد.

هدف الدراسة: في آذار 1994، بدأ برنامج وطني لمسح (استعراض) حالة جميع النساء اللواتي تلقين الغلوبولين المناعي مضاد - د بين عامي 1970 و 1994.

طريقة الدراسة: من بين 62667 امرأة تم عرض حالتهم من بدء الدراسة، وجد أن 704 إناث (1.1%) كن مصابات سابقاً أو حالياً بـ خمج HCV.

390 من الـ 704 (55%) أظهروا نتيجة إيجابية لاختبار الحمض الريبسي النووي

الـ RNA لفيروس التهاب الكبد في المصل وذلك بتحليل تفاعل النسخ العكسي للسلسلة بالأنزيم المبلـ reverse-transcription-polymerase-chain-reaction.

أحيلت المريضات الـ 390 جميعهن إلى التقييم السريري والمعالجة، حيث أمكن تقييم 376 حالة منهن (96%)، أما الـ 14 المتبقيات فلم يراجعن أيًا من مراكز المعالجة المختصة. النتائج:

- كان وسطي عمر الإناث الـ 376 وقت المرض 45 عاماً، أصبن بـ خمج التهاب الكبد لمدة 17 عاماً تقريباً. سجلت الأعراض لدى 304 نساء (81%)، وكان أكثرها شيوعاً هو التعب حيث ظهر لدى 248 امرأة (66%).

- كانت تراكيز أنزيم alanine aminotransferase المصلي مرتفعة قليلاً (40 إلى 99 وحدة/ لتر) لدى 176 من 371 امرأة (47%)، وكانت التراكيز 100 وحدة/ لتر على الأقل لدى 31 امرأة (8%).

- أظهرت خزعات الكبد وجود التهاب لدى 356 امرأة من أصل 363 (98%)، وقد كان الالتهاب في معظم الحالات خفيفاً (41%) إلى متوسطاً (52%).

- على الرغم من أن الخزعات المأخوذة من 186 من أصل 363 امرأة (51%) أثبتت وجود تليف، فإن 7 نساء فقط (2%) كان لديهن تشمع كبد محتمل أو مثبت، وقد ذكرت امرأتان منهن استهلاكهن الشديد للكحول.

الخلاصة: إن معظم النساء المصابات بـ خمج التهاب الكبد الفيروسي C لمدة 17 عاماً بعد تلقي الغلوبولين المناعي مضاد الملوث بفيروس التهاب الكبد قد تم إثبات إصابتهن بالتهاب كبد خفيف إلى متوسط بإجراء خزعة كبد، وقد ظهر تليف لدى حوالي نصف هؤلاء النساء، وتشمع مثبت أو محتمل لدى 2% منهن.



طريقة الدراسة: تم اختيار 84 مريضاً مسناً وسطي أعمارهم 74 عاماً، مصابين بنزف هضمي علوي، حضروا إلى المشفى بسبب حدوث إقياء دموي أو تقيؤ أسود. وقد تم قبول المرضى المصابين منهم بانخفاض ضغط انتصابي في المشفى، أما غير المصابين منهم فقد خضعوا مباشرة للتنظير الداخلي علوي في العيادة الخارجية.

تم تطبيق المعالجة المثالية في العيادة الخارجية في حال انخفاض الخطورة بالتنظير الداخلي لدى المرضى (مثل وجود قرحة بيضاء القاعدة white base ulcer ذات قطر أقل من 1.5 سم، أو تسحج المخاطية، مع عدم وجود سبب طبي آخر لدخول المشفى. النتائج:

- بناء على هذه المعايير، تمت معاملة 24 مريضاً على أنهم مرضى خارجيين، فلم يتكرر النزف لدى أي منهم خلال شهر واحد من المتابعة.
- وعلى العكس، فقد تكرر النزف لدى 7 من 60 مريضاً عالي الخطورة.

الخلاصة: تشير هذه الدراسة إلى إمكانية تدبير المرضى المسنين المصابين بنزف هضمي علوي المختارين بعناية في العيادة الخارجية. وتعتمد ملائمة ونجاح هذه الطريقة على توفر التنظير الداخلي الفوري للمرضى الخارجيين.

المقارنة بين الربط بالتنظير الداخلي والبروبرانولول للوقاية الأولية من نزف دوالي المريء

Comparison of Endoscopic Ligation and Propranolol for the Primary Prevention of Variceal Bleeding

N Engl J Med 1999; 340: 988-93

طريقة الدراسة والمرضى: تمت مقارنة المعالجة بالبروبرانولول مع الربط بالتنظير الداخلي للوقاية الأولية من نزف دوالي المريء. شملت هذه المحاولة المستقبلية الموجهة 89 مريضاً منتخبين بالتالي، لديهم دوالي كبيرة تجاوزت أقطارها 5 مم، ذات خطورة نزف عالية، منهم 82 مريضاً مصاباً بتشمع كبد.

قسم المرضى إلى مجموعتين: المجموعة الأولى: تلقت علاجاً بالبروبرانولول بجرعة كافية لخفض سرعة القلب بمقدار 25% عن المعدل الطبيعي. المجموعة الثانية: عولجت بطريقة ربط الدوالي أسبوعياً، إلى حين اختفائها أو صغرها إلى الحد الذي لا يمكن معه الاستمرار في المعالجة. النتائج:

هدف الدراسة: معرفة دور الكشف عن النمط المورثي HFE والطفرتين H63D و C282y في تشخيص الهيموكروماتوز وتحديد مدى انتشار طفرات HFE في المرضى المصابين بداء كبدي.

المجموعة المدروسة: 66 مريضاً مصاباً بالهيموكروماتوز الوراثي و 132 شاهداً مصاباً بمرض كبدي آخر.

الطريقة: في البداية تم إجراء فحص إشباع الترياسفيرين على الريق، مستوى الفيريتين، وفحوص كيميائية روتينية وتعداد دم كامل.

أخذت خزعة كبد عبر الجلد لكل المرضى من أجل الفحص النسيجي وقياس كل من تركيز الحديد الكبدي ومؤشر حديد الكبد، كما أجري فحص النمط المورثي HFE للتحقيق عن الطفرتين C282y و H63D لكل المرضى وذلك باستخدام نماذج DNA الوراثي.

النتائج: كان تركيز حديد الكبد مرتفعاً في الـ 66 مريضاً الذين لديهم C282y متماثلة الأمشاج، وكان إشباع الترياسفيرين 45% على الأقل في 65 منهم (98%)، ومؤشر حديد الكبد أقل من 1.9 ميلمول/كغ/كل سنة في 10 منهم (15%).

لم يشبه الهيموكروماتوز في 6 من 10 مرضى قبل إجراء النمط المورثي.

لم يلاحظ تليف كبدي أو تشمع في أي من الـ 19 مريضاً الذين بعمر أقل من 40 سنة ولديهم طفرة C282y متماثلة الأمشاج.

الخلاصة: لدى الـ 66 مريضاً الحاملين لطفرة C282y متماثلة الأمشاج في HFE تركيز حديد كبدي مرتفع لكن حوالي 15% منهم لم يقابلوا بمعايير التشخيص السابقة للهيموكروماتوز.

إن تحديد النمط المورثي HFE مفيد سريرياً في المصابين بداء كبدي ولديهم حمل حديد مشتبّه وقد يؤدي هذا إلى معرفة C282y متماثلة الأمشاج غير مشتبّهة.

التدبير خارج المشفى الانتقائي للمرضى المسنين المصابين بنزف هضمي علوي

Selective Outpatient Management of Upper Gastrointestinal Bleeding in the Elderly

Am J Gastroenterol 1999 May; 94: 1242-7

دوافع الدراسة: تشير العديد من الدراسات الحديثة إلى عدم الحاجة إلى إحضار بعض المرضى المصابين بنزف هضمي علوي (UGI) منخفض الخطورة إلى المشفى.

هدف الدراسة: قامت هذه الدراسة المستقبلية في نيواورليانز لتحديد إمكانية تدبير بعض المرضى المسنين المختارين كمرضى خارجيين بأمان.



المجموعة المدروسة وطريقة الدراسة: 25 مريضاً حرجاً خضعوا لتهوية آلية مع وجود أنبوب أنفي معدي وأعطوا الرانتيدين Rantidine وريدياً كمثبط وقائي للحمض. أجري لكل المرضى تنظير داخلي لتحديد وجود التهاب المريء، ووضع مسبار مريئي لقياس قلنس الحمض والسمائل المحتوي على البيلروبين. النتائج:

- وجد بالتنظير الداخلي دليل على التهاب المريء لدى 9 من 12 مريضاً لديهم مستويات عالية من القلس الصفراوي، بالمقابل، لوحظ هذا الالتهاب لدى 3 من 13 مريضاً ليس لديهم قلنس صفراوي مرضي، وهو اختلاف واضح. - كانت علاقة الجرعة- الاستجابة واضحة بين النسبة المئوية لفترة القلس الصفراوي المرضي وشدة التهاب المريء. - وجد لدى 2 فقط من الـ 25 مريضاً الذين عولجوا بالرائتيدين مستويات عالية من القلس الحامضي. الخلاصة: تبين هذه الدراسة أن القلس الصفراوي قد يساهم في التهاب المريء لدى المرضى الحرجين الذين أخضعوا لمعالجة مثبتة للحمض ووضعت لهم أنابيب أنفية معدية، لكن لم تحدد بدقة العناصر المؤدية في السمائل العفجي حيث إن معرفتها قد تمكن من تدبير وقائي فعال.

استخدام الإنفليكسيماب لعلاج النواسير لدى مرضى داء كرون

Infliximab for the Treatment of Fistulas in Patients with Crohn's Disease

N Engl J Med 1999; 340: 1398-405

دوافع الدراسة: تعتبر النواسير داخل الجلدية مضاعفات خطيرة لداء كرون، وهي صعبة المعالجة. وقد تم تطوير ضد خيميري وحيد النسيلة مضاد لعامل تتخر الورم TNF يدعى الإنفليكسيماب Infliximab وذلك للاستخدام في علاج داء كرون. هدف الدراسة: تم إجراء دراسة عشوائية، عديدة المراكز، ثنائية التعمية، مقارنة بالدواء الموهم، حول استخدام الإنفليكسيماب لعلاج النواسير لدى مرضى داء كرون. طريقة الدراسة: شملت الدراسة 94 بالغاً ظهر لديهم نواسير نازة بطنية أو حول الشرج، على مدى 3 أشهر على الأقل كمضاعفة لداء كرون. تم اختيار المرضى عشوائياً لتلقي إحدى 3 معالجات: شملت المجموعة الأولى 31 مريضاً تلقوا الدواء الموهم.

- من بين الـ 82 مريضاً المصابين بتشمع الكبد، تلقى 44 مريضاً البروبرانولول، و 45 مريضاً خضعوا لعملية ربط الدوالي. - كان وسطي مدة المتابعة لدى المجموعة الأولى 14-9 شهراً، ولدى المجموعة الثانية 10-13 شهراً. - الوقت اللازم لتحقيق انخفاض كاف في سرعة القلب كان 1.7-2.5 يوماً. - وسطي عدد الدورات اللازمة للحصول على ربط كامل للدوالي كان 1.1-3.2. - بعد 18 شهراً، كان احتمال حدوث النزف 43% في مجموعة البروبرانولول و 15% في مجموعة الربط. - حدث نزف لدى 12 مريضاً في المجموعة الأولى، و 4 مرضى في المجموعة الثانية، حدث النزف لدى 3 من المجموعة الثانية قبل تمام زوال الدوالي. - انتكست الدوالي لدى 9 مرضى في المجموعة الثانية بعد 3.7 أشهر وسطياً من بدء المعالجة. - توفي 5 مرضى في كل مجموعة، حيث كان سبب الوفاة حدوث نزيف من الدوالي لدى 4 مرضى من المجموعة الأولى و 3 مرضى من المجموعة الثانية. - لم يسبب ربط الدوالي مضاعفات خطيرة، بينما تم إيقاف المعالجة لدى مريضين من مجموعة البروبرانولول بسبب التأثيرات الجانبية. الخلاصة: إن ربط الدوالي بالتنظير الداخلي لدى المرضى المصابين بدوالي مريء عالية الخطورة هو إجراء أولي آمن وأكثر فعالية من البروبرانولول لتجنب حدوث نزف الدوالي.

القلنس العفجي المعدي المريئي وتأذي مخاطية المريء لدى مرضى التهوية الآلية

Duodenogastroesophageal Reflux and Esophageal Mucosal Injury in Mechanically Ventilated Patients

Gastroenterology 1999 Jun; 116: 1293-9

خلفية الدراسة: يعتبر التهاب المريء سبباً شائعاً للنزف الهضمي العلوي لدى المرضى الحرجين، وتشمل العوامل المؤهبة: القلس الحامضي المعدي والتخريش الميكانيكي بأنبوب أنفي معدي والقلنس الصفراوي العفجي المعدي المريئي. هدف الدراسة: استقصاء دور القلس الصفراوي في التهاب المريء. مكان الدراسة: بلجيكا.



المجموعة المدروسة: ضمت 4484 ذكراً تراوحت أعمارهم بين 45-80 سنة.

طريقة الدراسة: أجري للمرضى فحص فيزيائي، وفحص دم، وقياس وظائف التنفس، كما أجابوا على استبيان حول صحتهم والتمارين الرياضية، وتوبعوا لمدة 10.6 ± 3.6 سنة. استخدمت سجلات المشفى المحوسبة لمعرفة نسبة حدوث السكتة، والسجلات الوطنية لتحديد الوفاة. النتائج:

- ظهرت لدى 249 ذكراً سكتة جديدة (5.6%)؛ نازفة لدى 44 ذكراً، وإقفارية لدى 205.

- من خلال إجراء تحليل عوامل الخطر المتعددة المتغيرات وضبطه من أجل عوامل الخطر المعروفة للداء الوعائي الدماغى، ترافقت المحافظة على النشاط الفيزيائي وقت الفراغ بعد سن الأربعين مع انخفاض خطر السكتة؛ الخطر النسبي 0.69 للسكتة الكلية و 0.62 للسكتة الإقفارية.

- ازداد خطر السكتة مع انخفاض الوظائف التنفسية (FVC أو FEV1) وكان الخطر النسبي 1.9 للمجموعة ذات الوظيفة التنفسية الأدنى.

الخلاصة: يبدي الذكور بأعمار متوسطة، والممارسين لنشاط فيزيائي وقت الفراغ ولديهم وظيفة رئوية جيدة، خطراً أقل لحدوث السكتة مقارنة بأولئك غير النشيطين أو الذين لديهم وظيفة رئوية منخفضة.

علاج اعتلال الأعصاب الحبيد المزمل للنخاعين الالتهابي المزمن CIDP بالغلوبولين المناعي وريدياً

Treatment of Chronic Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy with Intravenous Immunoglobulin

Neurology 1998 Dec; 51(6 suppl 5): s16-21

خلفية الدراسة: إن CIDP هو كيان سريري يتميز بدورة مزمنة من النكس أو الترقى ويدوم من أشهر إلى سنوات مسبباً عجزاً متفاوتاً لكن غالباً ما يكون مزمناً وشديداً.

يعتبر CIDP اضطراباً مناعياً ذاتياً سببه تفاعل مناعي خلطي وخلوي.

هناك معالجات مختلفة معدلة للمناعة ذات فوائد مثبتة مثل إعطاء الغلوبولين المناعي داخل الوريد IVIg وتبديل البلازما العلاجي PE والبريد نيزون.

تشير دراسات مقارنة بأن IVIg و PE يقدمان فائدة متشابهة قصيرة الأمد، ويفيد ترافق IVIg والبريدنيزون في التدبير الطويل الأمد.

أما المجموعة الثانية فشملت 31 مريضاً تلقوا 5 ملغ من الإنفليكسيماب / كغ من وزن الجسم.

ضمت المجموعة الثالثة 32 مريضاً تلقوا 15 ملغ من الإنفليكسيماب / كغ.

تم زرق جميع هذه المعالجات وريدياً عند البدء وفي الأسبوعين الثاني والسادس.

حددت نقطة النهاية الأولية بانخفاض قدره 50% على الأقل في عدد النواسير النازة المشاهدة في مراجعتين متتاليتين للدراسة على الأقل. وحددت نقطة النهاية الثانوية بانغلاق جميع النواسير.

النتائج:

- حقق 68% من مرضى المجموعة الثانية و 56% من مرضى المجموعة الثالثة نقطة النهاية الأولية، مقارنة مع 26% من مرضى المجموعة الأولى.

- تم انغلاق جميع النواسير لدى 55% من المجموعة الثانية، و 38% من الثالثة، مقارنة مع 13% من الأولى.

- كان وسطي مدة بقاء النواسير مغلقة 3 أشهر.

- ظهرت تأثيرات جانبية لدى 60% على أقل من مرضى المجموعات الثلاثة، وكان أكثرها شيوعاً لدى المرضى المعالجين بالإنفليكسيماب هو الصداع، والخراجات، وخمج الطرق التنفسية العلوية، والتعب.

الخلاصة: إن الإنفليكسيماب هو علاج فعال للنواسير لدى مرضى داء كرون.

■ (أمراض عصبية)

تأثيرات النشاط الفيزيائي وقت الفراغ ووظيفة التهوية على

خطر السكتة لدى الذكور: دراسة Reykjavik

Effects of Leisure-Time Physical Activity and Ventilatory Function on Risk for Stroke in Men: The Reykjavik Study

Ann Intern Med 1999; 130: 987-990

دوافع الدراسة: تعتبر السكتة الدماغية السبب الرئيسي للمرض والوفاة والنفقات الصحية، وقد يخفف النشاط الفيزيائي وقت الفراغ من خطر السكتة.

هدف الدراسة: معرفة العلاقة بين النشاط الفيزيائي وقت الفراغ والوظيفة الرئوية وبين خطر السكتة.

مكان الدراسة: Reykjavik, Iceland.



دوافع الدراسة: يعتقد أن انضغاط الشريان الفقري المؤدي إلى نقص تروية السويقة الدماغية هو السبب الأساسي لحدوث متلازمة موت الرضيع المفاجئ SIDS.

تم توضيح التواء الشريان الفقري بسبب حركة الرقبة بواسطة التصوير الوعائي لدى الرضع، ولكن ما زال الدليل المباشر على حدوث الانضغاط مجهولاً.

هدف الدراسة: أجريت هذه الدراسة في محاولة لتوضيح حدوث انضغاط الشريان الفقري بسبب حركة الرأس.

طريقة الدراسة: تم فحص الشريان الفقري عقب وفاة الرضع بعد حدوث تمدد أو دوران الرقبة، واستخراج الفقرات من الأولى إلى السابعة مع 2 سم من حافة قاعدة الجمجمة من 20 رضيعاً ماتوا بسبب SIDS أو بأسباب أخرى.

- كانت الرقبة ممتدة في 5 حالات.
 - في 9 حالات كانت الرقبة مدارة 90 درجة إلى اليمين.
 - في 6 حالات كانت الرقبة في وضعها الطبيعي.
- تمت المحافظة على وضعيات الرقبة خلال عملية التثبيت بالفورمالين، وأجري فحص مجهري لمقاطع متتالية منها.
- النتائج:

- شوهد في 3 حالات من أصل 5 تمدد وانضغاط الشريان الفقري من الجانبين بين العظم القزالي (القفوي) والفقرة الأولى.
- شوهد في 3 حالات من أصل 9 دوران وانضغاط الشريان الفقري الأيسر بجانب الفقرة الأولى قبل دخول الشريان إلى الثقبة المستعرضة transverse foramen.
- لم يشاهد انضغاط في حالات وجود الرقبة في وضعها الطبيعي.

الخلاصة: يمكن أن يحدث انضغاط الشريان الفقري لدى بعض الرضع بسبب حركة الرقبة مما قد يؤدي إلى نقص تروية مميت في سويقة الدماغ عند الرضع الذين لديهم تدفق دم جانبي غير كاف أو توسع شرياني معاوض ضئيل، ويمكن أن يفسر بعض حالات متلازمة موت الرضيع المفاجئ.

الاحتشاءات الدماغية الصامتة في فقر الدم المنجلي: تحليل

لعامل الخطورة. الدراسة التعاونية لداء الخلايا المنجلية

Silent Cerebral Infarcts in Sickle Cell Anemia:

A Risk Factor Analysis.

The Cooperative Study of Sickle Cell Disease

Pediatrics 1999 Mar; 103(3): 640-5

خلفية الدراسة: شوهدت الاحتشاءات الصامتة لدى 17% من المرضى الصغار العمر المصابين بداء الخلايا المنجلية، وقد

إن فعالية IVIg مؤكدة؛ وعادة يعمل العلاج المنتظم على استقرار الداء الناكس، ورغم كلفتة العالية إلا أن IVIg يعتبر العلاج الأول المنتخب، وجانب الأمان فيه مشابه للعلاجات الأخرى، لكن ينصح بالمراقبة الوثيقة أثناء التسريب.

إن الآليات الدقيقة لعمل IVIg في PCID غير معروفة تماماً، وإن تعديل الأضداد الذاتية، وربط المتممة، وتثبيط البلعمات الكبيرة قد بقي من تطور زوال النخاعين الالتهابي.

تصنيف الرعاش والجديد في المعالجة

Classification of Tremor and Update on Treatment

Am Fam Physician 1999 Mar 15; 59(6): 1565-72

الرعاش عرض لعدة أمراض تشمل داء باركنسون والرعاش الأساسي والرعاش القياسي والآفة المخيخية، واعتلال الأعصاب المحيطي والسحب الكحولي. يمكن تصنيف الرعاش إلى رعاش الوضعية، ورعاش الراحة ورعاش الحركة.

يعطى العلاج العرضي حسب نمط الرعاش: يبقى العلاج المركب بالكاربيدوبا Carbidopa والليفودوبا Levodopa هو المقاربة الأولى لرعاش باركنسون.

قد يستجيب الرعاش الأساسي للبروبرانولول Propranolol أو البريميديون Primidone.

قد يكون البروبرانولول مفيداً في علاج رعاش السحب الكحولي، وقد يضبط الايزونيازيد Isoniazid الرعاش المخيخي المترافق مع التصلب العنيد.

قد يخفف الكلونازيبام Clonazepam من الرعاش القياسي.

هناك عوامل أخرى ذات قيمة في علاج الرعاش، وعندما يفشل العلاج الدوائي في ضبط الرعاش فيجب الأخذ بعين الاعتبار الاختيار الجراحي مثل بضع المهاد وبضع الكرة الشاحبة وتحريض المهاد وذلك في الحالات الشديدة.

تفوق فائدة تحريض المهاد وهو الأحدث بين تلك المقاربات الجراحية إجراءات الاستئصال في تخفيف الرعاش، ولكن دون خلق آفة دائمة.

انضغاط الشريان الفقري الناتج عن حركة الرأس: سبب

محتمل لحدوث متلازمة موت الرضيع المفاجئ

Vertebral Artery Compression Resulting from Head Movement: A Possible Cause of the Sudden Infant Death Syndrome (SIDS)

Pediatrics 1999 Feb; 103 (2): 460-8



طريقة الدراسة: تمت دراسة الصفحات المأخوذة من 14 مريضاً مصابين بعته من نمط ألزهايمر، و 14 شخصاً غير مصابين بعته، مماثلين في العمر والجنس، كمجموعة شاهد.

تم قياس تأثير المثبطات النوعية لقنوات البوتاسيوم على تدفق شاردة الروبيديوم-86 (وهو النظير المشع للبوتاسيوم) من الصفحات.

النتائج:

تأثير مفعول مولد البلازمين النسيجي على السكتة الإقفارية الحادة خلال سنة واحدة

N Engl J Med 1999; 340: 1781-7

طريقة الدراسة: في دراسة الـ NINDS، تم اختيار 624 مريضاً مصاباً بالسكتة بشكل عشوائي لتناول الـ t-PA أو

- حدد النموذج المتعدد المتغيرات للاحتشاء الصامت، العوامل التالية على أنها عوامل خطيرة: نسبة منخفضة من حالات الألم، وحدث نوبات سابقة، وتعداد كريات بيض تجاوز 10×11.8 / (9) ليدر، ووجود نمط فرداني لمورثة SEN Betas Globin.

الخلاصة: إن المرضى المؤهين لحدوث الاحتشاءات الصامتة يجب أن يتم تقييمهم لداء دماغي وعائي، ويجب الأخذ بعين الاعتبار القيام بالتدخل العلاجي عند وجود دليل على حدوث الاحتشاء، ورغم عدم وجود معالجة ملائمة حتى اليوم.

Lancet 1998 Nov 14; 352 (9140): 1590-3

دوافع الدراسة: إن التقارير القائمة حول شذوذات وظيفة قنوات البوتاسيوم في الخلايا المختلفة المستنبطة من مرضى داء

دوافع الدراسة: يعتبر الصرع المصحوب بحالات اختلاجية أكثر الحالات الطبية العصبية الطارئة شيوعاً، وهو ذو إمراضية ومعدلات وفاة عالية. وتفضل فيه المعالجة المبكرة بدواء فعال آمن قبل أن يتم إحضار المريض إلى المشفى.

هدف الدراسة: أجريت هذه الدراسة لمعرفة الفرق في الفعالية والتأثيرات الجانبية بين المعالجة بالميدازولام السائل بطريق الفم والديازيبام السائل بطريق المستقيم في حال المعالجة الحادة للنوب.

طريقة الدراسة: شملت الدراسة 42 شاباً مصاباً بصرع شديد، مقيمين في إحدى المدارس الداخلية المجهزة برعاية طبية. وقد تم علاج النوب المستمرة لمدة تفوق الـ 5 دقائق عشوائياً بالميدازولام بطريق الفم، أو الديازيبام بطريق المستقيم، بحيث كانت تعطى معالجة إضافية مختارة من قبل الطبيب المسؤول في حال عدم توقف نوبة الصرع خلال 10 دقائق. تمت مراقبة إشباع الأوكسجين وضغط الدم لمدة 30 دقيقة بعد إعطاء العلاج. كانت المعايير الرئيسية للدراسة هي: الفعالية، والزمن المستغرق منذ وصول الممرضة إلى حين إعطاء العلاج، والزمن المستغرق منذ إعطاء الدواء إلى نهاية النوبة، وحدث تأثيرات جانبية قلبية-تنفسية.

النتائج: تم استخدام الميدازولام الفموي لعلاج 40 نوبة صرع لدى 14 طالباً، والديازيبام بطريق المستقيم لعلاج 39 نوبة صرع لدى 14 طالباً.

- قام الميدازولام بإيقاف 30 نوبة من أصل 40 (75%)، أما الديازيبام فأوقف 23 نوبة من أصل 39 (59%).

- كان الزمن الوسطي المستغرق منذ وصول الممرضة إلى حين إعطاء الدواء يعادل دقيقتين.

- لم يشاهد اختلاف كبير بين المعالجتين فيما يخص الزمن المستغرق منذ إعطاء الدواء إلى انتهاء النوبة.

- لم تشاهد تأثيرات جانبية قلبية تنفسية ذات قيمة سريرية لدى المجموعتين.

- لقي استخدام الميدازولام الفموي قبولاً واسعاً من قبل الجهاز الطبي والتمريضي.

الخلاصة: إن فعالية الميدازولام المعطى بطريق الفم تماثل على الأقل فعالية الديازيبام المعطى بطريق المستقيم، ففي المعالجة الحادة لنوبات الصرع. وإن الإعطاء بطريق الفم هو أكثر قبولاً وملاءمة، ويمكن أن يصبح طريقة المعالجة المفضلة في حال النوب المتعددة التي تحدث خارج المشفى.

الدواء الموهوم، و قد تم جمع البيانات الناتجة على مدى 12 شهراً بعد حدوث السكتة.

كان المعيار الرئيسي للنتائج هو "النتيجة الإيجابية" والمعرفة بوجود عجز بسيط أو عدم وجود عجز مقاساً بمعامل بارثل Barthel index الناتج عن تعديل مقياس رانكين Rankin Scale ومقياس نتائج غلاسغو Glasgow Outcome Scale. تم تقييم نتائج المعالجة بواسطة دراسة إحصائية شاملة.

النتائج:

- قامت هذه الدراسة التي تهدف إلى المعالجة بتحليل النتائج المشتركة لقسمي الدراسة بعد 6 أشهر و 12 شهراً.

- وجد بنتيجة الدراسة الإحصائية أن مجموعة الـ t-PA هي الأفضل حيث كانت نسبة الفرق للنتيجة الإيجابية بعد 6 أشهر 1.7، وبعد 12 شهراً 1.7.

- كان المرضى المعالجون بالـ t-PA أقل عرضة لحدوث عجز أو لحدوث عجز بسيط بنسبة 30% بعد 12 شهراً، مقارنة بمجموعة الدواء الموهوم (ارتفاع مطلق في النسبة من 11 إلى 13 % باستخدام النتيجة الإيجابية).

- لم يشاهد اختلاف في نسبة حدوث الوفاة بعد 12 شهراً بين المجموعتين (24% مقابل 28%).

- لا يوجد تداخل بين نوع السكتة المحددة في الأساس والمعالجة فيما يخص الاستجابة على المدى الطويل.

- كانت نسبة نكس السكتة بعد 12 شهراً متماثلة لدى المجموعتين.

الخلاصة: خلال مدة 12 شهراً من المتابعة، كان احتمال الإصابة بعجز أو بعجز بسيط أقل لدى المرضى المصابين بسكتة إقفارية حادة، الذين عولجوا بالـ t-PA خلال مدة 3 ساعات من ظهور الأعراض، مقارنة بالمرضى الذين تناولوا الدواء الموهوم. وتشير هذه النتائج إلى الفائدة المستمرة للـ t-PA لدى هؤلاء المرضى.

معالجة النوب الصرعية المديدة في مرحلتى الطفولة والمراهقة باستخدام الميدازولام الفموي، والديازيبام بطريق المستقيم: محاولة عشوائية

Buccal Midazolam and Rectal Diazepam for Treatment of Prolonged Seizures in Childhood and Adolescence: A Randomised Trial

Lancet 1999 Feb 20; 353 (9153): 623-6



المستمر لجرعة الدواء المضاد للصرع مقارنة بالجرعة الثابتة (6.08).

- كان الارتباط بين خطورة حدوث الـ SUDEP وبين البداية المبكرة وتكرار النوب، أضعف لدى المرضى الإنث منه لدى الذكور، بينما أظهر التغير المستمر للجرعة ارتباطاً أقوى لدى الإنث.

الخلاصة: تشير المعلومات في هذه الدراسة إلى أن الوفاة المفاجئة غير المتوقعة في داء الصرع هي حالة مرتبطة بالنوب، على الرغم من أن الفيزيولوجية المرضية للأشخاص المعرضين لحدوث الموت المفاجئ تبين أنه يمكن تدبيرهم في عمر مبكر، مع إمكانية وجود بعض الاختلافات بين الجنسين.

إن مراقبة النوب بشكل أفضل، وتجنب العلاج المتعدد عند الإمكان، يمكن أن تكون سبلاً لتخفيض خطر حدوث الموت المفاجئ لدى المصابين بالصرع.

معالجة متلازمة غيلان باريه بالغلوبيولين المناعي وريدياً

Treatment of Guillain-Barre Syndrome
with Intravenous Immunoglobulin

Neurology 1998 Dec; 51(6 suppl 5): S9-15

متلازمة غيلان باريه GBS هي اعتلال أعصاب متعدد حاد تتمثل بشكلها النموذجي كشلل رخو مترق.

يعتقد أن التفاعل المناعي الخلطي والخلوي مسؤول عن إمرضية هذه المتلازمة.

تبلغ نسبة الوفيات من هذا الاعتلال العصبي الالتهابي 4-5%، ويحتاج حوالي 30% من المصابين إلى تهوية آلية وغالباً ما يمكثون في المشفى عدة أشهر قبل استعادتهم القدرة على المشي. يستخدم التعديل المناعي من أجل تحسين نسبة الشفاء وتقليل مدة المكوث في المشفى.

أظهر تبديل البلازما فعالية في تحسين زمن الشفاء من هذه المتلازمة، وذلك في عدة تجارب موجهة خلال الثمانينيات.

وفي هذا العقد، أبدت المعالجة بالغلوبيولين المناعي وريدياً IVIg أنها مماثلة في الفعالية لتبديل البلازما لعلاج GBS وأنماطها، ورغم أن الآليات الدقيقة للتعديل المناعي بواسطة IVIg غير معروفة، لكنها قد تثبط فعالية الأضداد النوعية ضد النخاعين بشكل مباشر، وتثبط إنتاج هذه الأضداد بشكل غير مباشر.

يقدم IVIg بعض الفوائد إضافة لما يقدمه تبديل البلازما، حيث إنه أكثر تحملاً لدى بعض المرضى وسهل الإعطاء دون الحاجة

عوامل خطورة الوفاة المفاجئة غير المتوقعة لدى المصابين بالصرع: دراسة موجهة

Risk Factors for Sudden Unexpected Death in
Epilepsy:
A Case-Control Study

Lancet 1999 Mar 13; 353 (9156): 888-93

خلفية الدراسة: إن الوفاة المفاجئة غير المتوقعة هي أكثر شيوعاً فعلاً لدى المصابين بالصرع منها لدى عامة الناس.

هدف الدراسة: دراسة الارتباط بين بعض المتغيرات السريرية والوفاة المفاجئة غير المتوقعة في داء الصرع SUDEP لتحديد عوامل الخطورة.

طريقة الدراسة: أجريت هذه الدراسة المتداخلة الموجهة على مجموعة من الأشخاص، تتراوح أعمارهم بين 15 و 70 عاماً، تم قبولهم وتخريجهم من مشافي ستوكهولم بين عامي 1980 و 1989، حيث شخّصت إصابتهم بالصرع.

تمت متابعة الأشخاص الذين أجريت عليهم الدراسة من خلال السجل الوطني لأسباب الوفاة ister حتى 31 كانون الأول 1991. درست حالة الأشخاص المتوفين الذين سجل تشخيص إصابتهم بالصرع في شهادات الوفاة، والذين وجدوا مطابقين لمعايير SUDEP الموضوعة في هذه الدراسة، بعد الرجوع إلى السجلات الطبية وسجلات فحص الجثة.

تم اختيار 3 مرضى أحياء، موافقين في العمر والجنس، من المجموعة ذاتها لكل حالة، كشاهد.

تم فحص جميع السجلات الطبية، وجمع البيانات السريرية وتحليلها حسب خطة مسبقة.

النتائج:

- شملت الدراسة 57 حالة SUDEP، تم فحص الجثة في 91% منها.

- ارتفعت الخطورة النسبية لحدوث الموت المفاجئ مع ازدياد عدد النوب سنوياً.

- كانت قيمة الخطورة النسبية 10.16 لدى المرضى الذين يعانون من أكثر من 50 نوبة صرع سنوياً، مقارنة بأولئك الذين يعانون من نوبتين سنوياً.

- ترتفع خطورة حدوث الـ SUDEP مع ازدياد عدد الأدوية المضادة للصرع المتناولة في آن واحد، حيث بلغت الخطورة 9.89 في حال تناول ثلاثة أدوية، مقارنة بالعلاج المفرد.

- كان من عوامل الخطورة الهامة أيضاً الصرع ذو البداية المبكرة مقارنة بالصرع ذي البداية المتأخرة (7.72)، والتغيير



النتائج بحاجة إلى تأكيد بدراسة على مجموعة أوسع غير مصطفة من الناس.

■ أمراض كلية

دور الستيروئيدات القشرية في اعتلال الكلية بالغلوبولين

المناعي A:

دراسة عشوائية موجهة

Corticosteroids in IgA Nephropathy:

A Randomised Controlled Trial

Lancet 1999 Mar 13; 353 (9156): 883-7

دوافع الدراسة: يعتبر اعتلال الكلية المسبب بالغلوبولين المناعي IgA داءً مترياً في معظم الحالات، ولا توجد له معالجة معتمدة حتى الآن.

هدف الدراسة: تقييم فعالية وأمان المعالجة بالستيروئيدات لمدة 6 أشهر.

طريقة الدراسة: أجريت هذه الدراسة العشوائية في الفترة من تموز 1987 إلى أيلول 1995، حيث أدرج في الدراسة 86 مريضاً بالتتابع من 7 وحدات لأمراض الكلية في إيطاليا.

كان المرضى المنتخبون مصابين باعتلال نفروني مسبب بالـ IgA مثبت بفحص الخزعة، وكان مقدار طرح البروتين في البول لديهم من 1 إلى 3.5 غ يومياً، وتركيز كرياتينين البلازما لا يتجاوز 133 ميكرومول/لتر (1.5 ملغ/دسل).

تم توزيع المرضى بشكل عشوائي إلى مجموعتين، حيث تلقت مجموعة الشاهد التي ضمت 43 مريضاً معالجة داعمة فقط، أما مجموعة التجربة التي تشمل 43 مريضاً أيضاً فتلقت المعالجة بالستيروئيدات (ميثيل بريدنيزولون 1 غ يومياً وريدياً لمدة 3 أيام متتالية في بداية الشهر الأول والثالث والخامس، بالإضافة إلى بريدنيزون فموي 0.5 ملغ/كغ في الأيام المتبقية، وذلك لمدة 6 أشهر).

حددت نقطة النهاية الأولية بتردي الوظيفة الكلوية والمعرفة بارتفاع مستوى تركيز كرياتينين البلازما بنسبة تتراوح بين 50% و100% عن التركيز الأساسي.

تم هذا التحليل بهدف المعالجة.

النتائج:

- حقق نقطة النهاية الأولية 9 مرضى من المجموعة المعالجة بالستيروئيدات، و14 مريضاً من مجموعة الشاهد (ارتفاع تركيز كرياتينين البلازما بنسبة 50%)، وذلك في السنة الخامسة من المتابعة.

لجهاز خاص، بسبب إمكانية ترقى المرض، فإن علاج المرضى المصابين بمتلازمة غيلان بارييه يحتاج لعناية عصبية وداعمة خاصة.

■ أمراض دم

اختبار المسح الأمثل لكشف نقص الحديد

Best Screening Test for Iron Deficiency

JW 1999 July15; 19: 114

دوافع الدراسة: يؤدي فقر الدم الناجم عن نقص الحديد، وربما أيضاً نقص الحديد غير المترافق بفقر دم، إلى تعطيل دائم للتطور العقلي والحركي لدى الأطفال.

هدف الدراسة: تحديد أفضل طريقة مسح لكشف نقص الحديد، حيث يمكن أن يكون الحل بمعرفة محتوى الخلايا الشبكية من الخضاب CHr.

المجموعة المدروسة وطريقة الدراسة: تم الحصول على عينات الدم من 210 أطفال صغار وسطي أعمارهم 2.9 أعوام، طلب أطباؤهم القيام بالتحليل الروتيني للتعداد الكلي لخلايا الدم، ومستويات الرصاص في الصورة (البلازما). ثم تم إجراء اختبارات نقص الحديد: CHr، والحديد، ووسطي الحجم الجسيمي MCV، ووسطي المحتوى الجسيمي من الخضاب MCHC، ووسطي تركيز الخضاب في الكريات الحمر، وتوزع حجم خلايا الدم الحمراء red blood cell volume distribution width، ومحتوى الكريات الحمر من بروتوبورفيرين الزنك، والفيريتين، والترانسفيرين، وتشبع الترانسفيرين، ومستقبلات الترانسفيرين.

النتائج:

- باستخدام قيمة حدية لتشبع الترانسفيرين أقل من 20%، شُهد نقص الحديد لدى 43 طفلاً (20.5%)، كان 42 طفلاً منهم (56%) مصابين بفقر الدم باستخدام قيمة قطع الخضاب أقل من 110 غ/ل.

- كانت مستويات CHr والخضاب هي القيم الوحيدة التي تتبئ بشكل واضح بنقص الحديد، وكان محتوى الخلايا الشبكية من الخضاب هو المبنى الوحيد الواضح - ذو المتغيرات العديدة - بفقر الدم الناجم عن نقص الحديد.

- كانت القيم المنخفضة للـ CHr مرتبطة بشكل كبير بشذوذ في جميع نتائج الاختبارات الأخرى عدا اختبار الفيريتين. الخلاصة: إن قياس محتوى الخضاب في الخلايا الشبكية يمكن أن يكون مشعراً جيداً لدراسة عوز الحديد لدى الأطفال، وهذه



- في تحليل المتغيرات المراقب من حيث العمر، والجنس، الشحوم، قصور القلب، تناول حاصرات بيتا أو مثبطات الأنزيم القالب للأنجيو تيسين، والعوامل المشوشة الأخرى، وجد أن ارتفاع الضغط الشرياني يتنبأ بشكل مستقل بحدوث الوفاة لدى المرضى المعالجين باتباع الحماية وليس لدى المعالجين بالدواء.

- في المجموعات الفرعية للمرضى المصنفة بحسب وجود إصابة مسبقة باحتشاء العضلة القلبية، أذبحة، أو درجة وظيفية، أدى ارتفاع الضغط الشرياني إلى حدوث الوفاة لدى المرضى المعالجين بالحماية بشكل أكبر.

الخلاصة: إن ارتفاع الضغط الشرياني هو عامل خطورة أكبر لدى المرضى الذين هم في المراحل المبكرة من داء السكري، ولهذا فعلى الأطباء محاولة تخفيض ضغط الدم جدياً لدى مرضى الداء السكري المعالجين باتباع الحماية الخافضة للسكر والضغط الشرياني.

■ (أمراض) خدر

دراسة مستقبلية للسير السريري وعوامل الإنذار وأسباب الوفاة والبقيا لدى المرضى المصابين بمتلازمة زولنجر إليسون منذ فترة طويلة

Prospective Study of the Clinical Course, Prognostic Factors, Causes of Death, and Survival in Patients with Long-Standing Zollinger-Ellison Syndrome

J Clin Oncol 1999 Feb; 17(2): 615-30

دوافع الدراسة: إن السير السريري الطويل الأمد مجهول لدى المرضى غير الانتقائيين المصابين بورم مفرز للغاسترين وكذلك الأمر بالنسبة للأورام الغدية الصماوية المعثكلة الوظيفة الأخرى (PETs) وذلك لدى مضبوطي الإفراز الهورموني.

المجموعة المدروسة: ضمت 212 مريضاً مصاباً بمتلازمة زولنجر إليسون، ولديهم فرط إفراز حامضي منضبط.

طريقة الدراسة: تم تقييم المرضى سنوياً لمدة 13.8 - 0.6 سنة، حيث تم التقييم السنوي للعوامل المؤثرة على الإنذار أو العلاج مثل: حجم الورم وتوضعه، وظهور وموقع وامتداد الانتقالات، وحدث متلازمة كوشينغ منتبذة أو متلازمة غدية صماوية أخرى. حددت الوفاة على أنها متعلقة أو غير متعلقة بـ ZES. وصنفت حسب الأسباب المختلفة.

النتائج:

- توفي 31% من المرضى بأسباب غير متعلقة بالحمض.
- توفي نصف المرضى لأسباب متعلقة بـ ZES، حيث كان

- كانت العوامل المؤثرة في وظيفة الكلى هي: التصلب الوعائي (حيث كانت الخطورة النسبية لارتفاع عدد النقاط بمقدار نقطة واحدة تعادل 1.53)، والأنوثة (الخطورة النسبية 0.22)، والمعالجة بالستيروئيدات (الخطورة النسبية 0.41).

- أتم جميع المرضى في مجموعة الستيروئيدات المعالجة دون حدوث تأثيرات جانبية هامة.

الخلاصة: إن المعالجة بالستيروئيدات لمدة 6 أشهر تقى من تردي الوظيفة الكلوية في حال الإصابة باعتلال نفروني مسبب بالغلوبولين المناعي A، دون حدوث تأثيرات جانبية تذكر أثناء فترة المتابعة، ويمكن أن تكون زيادة إطراح البروتين في البول مؤشراً على الحاجة إلى فترة معالجة ثانية بالستيروئيدات.

■ (أمراض) استقلابية وداء سكري

ارتفاع الضغط الشرياني لدى مرضى الداء السكري المعالجين بنظام حماية مقابل المعالجة الدوائية:

الوفيات خلال 5 سنوات من المتابعة

Hypertension in Diet Versus Pharmacologically Treated Diabetics:

Mortality over a 5-year Follow-up

Hypertension 1999 Apr; 33: 1002-7

دوافع الدراسة: لم يتم بعد تحديد أهمية إنذار ارتفاع الضغط الشرياني لدى المرضى السكريين المصابين بداء إكليلي مثبت على الرغم من شيوعه لديهم.

طريقة الدراسة: في هذه الدراسة المستقبلية القائمة على الملاحظة، تمت مراقبة حالة 11515 مريضاً، تتراوح أعمارهم بين 45 و 74 عاماً، مصابين بداء إكليلي معروف، 2482 مريضاً منهم سكريين. تمت معالجة 987 مريضاً بداء السكري باتباع نظام حماية غذائية.

النتائج:

- كانت نسبة الوفيات خلال 5 سنوات أعلى لدى المرضى السكريين منها لدى اللا سكريين (22% مقابل 11%).
- كان ارتفاع الضغط شائعاً لدى السكريين المعالجين سواء بالحماية أو بالأدوية (42% و 43%، على الترتيب).
- كانت مستويات الجلوكوز والشحوم الثلاثية أعلى لدى السكريين المعالجين دوائياً.

- ارتبط ارتفاع الضغط الشرياني بنسبة وفاة عالية لدى المرضى المعالجين بنظام الحماية (24% مقابل 14%)، على الرغم من عدم ارتباطه بالوفاة لدى المعالجين دوائياً (25% مقابل 24%).



- المجموعة الثانية: أعطيت التيربينافين المستمر لمدة 16 أسبوعاً.
 - المجموعة الثالثة: أعطيت الإتراكونازول مرة واحدة / 4 أسابيع لثلاث دورات.
 - المجموعة الرابعة: أعطيت الإتراكونازول مرة واحدة / 4 أسابيع لأربع دورات.
- تم تحديد النتيجة النهائية بعد 72 أسبوعاً.
- النتائج:

- تم شفاء الفطر لدى 76% من المرضى الذين تلقوا فترة معالجة أقصر بالتيربينافين، و 81% من الذين تلقوا فترة معالجة أطول، مقارنة بـ 38% و 49% من المعالجين بالإتراكونازول لثلاث ولأربع دورات، على الترتيب.
- تحقق الشفاء التام - والمعرف بالخلو التام من الخمج بالفحص الفطري والسريري - لدى:
- 46% من مرضى المجموعة الأولى
- و 55% من مرضى المجموعة الثانية
- و 23% من مرضى المجموعة الثالثة
- و 26% من مرضى المجموعة الرابعة
- كانت نسبة التأثيرات الجانبية متماثلة لدى المجموعات الأربعة

الخلاصة: تشير هذه الدراسة إلى أن المعالجة المستمرة بالتيربينافين تفوق المعالجة المتقطعة بالإتراكونازول في حال الإصابة بفطر الأظافر، ومع ذلك، فقد حقق التيربينافين الشفاء التام لدى حوالي نصف المرضى فقط.

المعالجة الموضعية للصداف

Topical Psoriasis Therapy

Am Fam Physician 1999 Feb 15; 59(4): 957-62, 964

الصداف آفة جلدية شائعة يصيب 1-3% من السكان، وحتى الآن يعتمد العلاج الموضعي على الكورتيكوسترويدات والقطران Tars، الأنترالينات Anthralins وحالات القرنين Keratolytics.

إن استخدام مضاهيات فيتامين D Analogs ومستحضر أنترالين جديد والريتونويدات الموضعية قد أغنى جعبة المداواة لدى الأطباء، حيث قدمت هذه المعالجات الموضعية الجديدة أملاً كبيراً لعدد من المرضى المصابين بالصداف.

الاختلاف عن أولئك المتوفين بأسباب غير متعلقة بـ ZES وجود ورم بدئي كبير: خاصة معثلي أو وجود انتقالات عقدية أو كبدية أو عظمية أو متلازمة كوشينغ منتبذة، أو مستويات غاسترين عالية.

- تعلق وجود الانتقالات الكبدية بنسبة البقيا، حيث خفض وجود انتقالات كبدية فقط زمن البقيا بشكل معتدل، في حين شاركت انتقالات عظمية أو متلازمة كوشينغ منتبذة خفض نسبة البقيا بشكل ملحوظ.

الخلاصة: إن نمو الورم المفرز للغاسترين لدى مرضى متلازمة زولنجر اليسون هو الآن المشعر الرئيسي للبقيا الطويلة الأمد، حيث توفي نصف المرضى لسبب متعلق بالورم ذاته وليس لسبب متعلق بإفراز الحمض.

هناك عوامل إنذار هامة كالأورام البدئية الكبيرة المتوضعة في المعثلة، وظهور انتقالات كبدية خاصة إذا تراكمت مع انتقالات عظمية أو متلازمة كوشينغ، وامتداد الانتقالات الكبدية.

يسمح تحديد هذه العوامل بمعرفة المجموعات الفرعية التي يمكن أن تستفيد من المقاربة العلاجية ضد الورم.

■ (أمراض جلدية)

دراسة عشوائية ثنائية التعمية حول مقارنة المعالجة المستمرة بالتيربينافين بالمعالجة المتقطعة بالإتراكونازول في حال الإصابة بفطر الظفر الأبخس

Double Blind, Randomized Study of Continuous Terbinafine Compared with Intermittent Itraconazole in Treatment of Toenail Onychomycosis

BMJ 1999 Apr 17; 318: 1031-5

دوافع الدراسة: أصبحت الإصابة بفطر الأظافر - والذي تبلغ نسبة انتشاره 2% إلى 4% - الآن قابلة للشفاء. وهناك معالجتان فعالتان بالتيربينافين والإتراكونازول تعتبران في المقدمة، ويمكن إعطاؤهما عادة بطرق مختلفة.

هدف الدراسة: أجريت هذه المحاولة العشوائية ثنائية التعمية برعاية الجهة المصنعة للتيربينافين لمقارنة المعالجة المستمرة بالتيربينافين مع المعالجة المتقطعة بالإتراكونازول.

طريقة الدراسة: تم اختيار 496 مريضاً من 35 مركزاً أوروبياً، مصابين بفطر أظافر مثبت، وقسموا إلى 4 مجموعات:

- المجموعة الأولى: أعطيت التيربينافين المستمر لمدة 12 أسبوعاً.



■ (أمراض تناسلية)

علاج القذف المبكر باستخدام هيدروكلوريد الباروكسيتين عند الحاجة: دراستان أحاديتا التعمية، متصالبتان، وموجهتان بالدواء الموهم Treatment of Premature Ejaculation with Paroxetine Hydrochloride as Needed: 2 Single-Blind Placebo Controlled Crossover Studies

J Urol 1999 Jun; 161: 1826-30

دوافع الدراسة: يعتبر القذف المتأخر أحد الآثار الجانبية للأدوية المضادة للاكتئاب، ويمكن الاستفادة من هذا التأثير في علاج القذف المبكر.

هدف الدراسة: معرفة تأثير الباروكسيتين وهو مثبط انتقائي لإعادة قبض السيروتونين، لعلاج القذف المبكر عند ذكور غير مصابين بالاكتئاب.

مكان الدراسة: استراليا.
طريقة الدراسة: أجريت دراستان عشوائيتان أحاديتا التعمية متصالبتان.

الدراسة الأولى
المجموعة المدروسة: تألفت من 26 ذكراً.
طريقة الدراسة: أعطى الذكور 20 ملغ من الباروكسيتين كجرعة مفردة قبل عدة ساعات من المقاربة الجنسية، أو الدواء الموهم وذلك حسب الحاجة.

النتائج: بعد 4 أسابيع، وجد أن الزمن الوسطي لحدوث القذف عقب الإيلاج هو 3.4 دقيقة لدى المتناولين للباروكسيتين، و 0.5 دقيقة لمتناولي الدواء الموهم، وهو اختلاف واضح، ولم تسجل أية تأثيرات جانبية.

الدراسة الثانية
المجموعة المدروسة: ضمت 42 ذكراً.
طريقة الدراسة: أعطى الذكور 10 ملغ يومياً من الباروكسيتين ولمدة 3 أسابيع، ثم 20 ملغ يومياً منه ولمدة 4 أسابيع وذلك حسب الحاجة، أو أعطوا الدواء الموهم لمدة 7 أسابيع.

النتائج:
كان الزمن الوسطي لحدوث القذف أعلى وبشكل واضح بعد إعطاء الباروكسيتين مقارنة مع الدواء الموهم وذلك في الأسبوع الثالث: 3.8 د مقابل 0.8 د، و 0.6 د مقابل 0.9 د بمرور الأسبوع السابع.

سجل لدى 7 مرضى فقط تأثيرات جانبية أثناء أخذ الباروكسيتين يومياً.

الخلاصة: تقدم هذه الدراسة دليلاً قوياً على أن الجرعة المفردة من الباروكسيتين قبل المقاربة الجنسية قد تكون فعالة في علاج القذف المبكر لدى الذكور.

وقد يكون هذا التأثير أكبر بعد الفترة الأولية من استخدام الباروكسيتين اليومي، ولكن يخشى من ارتفاع نسبة التأثيرات الجانبية.

■ (أمراض نسائية وتوليد)

فعالية فيتامين ب 6 في علاج متلازمة ما قبل الطمث: تقرير جهازى

Efficacy of Vitamin B-6 in the Treatment of Premenstrual Syndrome: Systematic Review

BMJ 1999 May 22; 318: 1375-81

دوافع الدراسة: تعاني حوالي 95% من الإناث في سن الخصوبة من بعض الأعراض الفيزيولوجية خلال الطور اللوتيني للدورة الشهرية، وتعاني حوالي 5% منهن من أعراض شديدة.

هدف الدراسة: أجري هذا التحليل الوسطي في المملكة المتحدة لـ 9 محاولات عشوائية مقارنة بالدواء الموهم، لدراسة معالجة واحدة شائعة لمتلازمة ما قبل الطمث، وهي فيتامين ب 6.

المجموعة المدروسة: شملت الدراسة 940 أنثى.
النتائج:

- بعد استبعاد دراسة واحدة تضمنت عدداً كبيراً من المفارقات، كان فيتامين ب 6 أكثر ميلاً من الدواء الموهم لإعطاء نتائج إيجابية (نسبة الفرق 2.32).

- قامت 4 محاولات من أصل 9 بتقييم فعالية فيتامين ب 6 في علاج الأعراض الاكتئابية لدى 541 أنثى، فأعطى فيتامين ب 6 النتائج الأفضل (نسبة الفرق 1.69).

- لم تشاهد علاقة بين الجرعة والاستجابة.

- بشكل عام، كانت الدراسات التسع ذات نوعية منخفضة، حيث طبقت 3 دراسات فقط عتبة نوعية مقبولة واحدة، وطابقت دراسة واحدة عتبة أخرى.

الخلاصة: تشير الدراسة إلى أن فيتامين ب 6 قد يكون ذا قيمة في معالجة متلازمة ما قبل الطمث بجرعة تتراوح بين 50 إلى 100 ملغ يومياً، إلا أن انخفاض نسبة النوعية في الدراسة، وعدم وجود علاقة بين الجرعة والاستجابة يجعل هذا الاستنتاج مجرد احتمال.

ويجب توخي الحذر في إعطاء جرعات أعلى.



معرفة واستخدام حمض الفوليك من قبل الإناث في سن الإنجاب في الولايات المتحدة في عامي 1995 و 1998 Knowledge and Use of Folic Acid by Women of Childbearing Age-United States, 1995 and 1998

MMWR 1999 Apr 30; 48: 325-7

دوافع الدراسة: من بين الفوائد العديدة التي تعزى إلى الفيتامينات هذه الأيام، هنالك واحد تم تصديقه علمياً: إن إضافة حمض الفوليك خلال المراحل المبكرة من الحمل يمكن أن تحد من حدوث خلل الأنبوب العصبي بنسبة 50% إلى 70%.

هدف الدراسة: ينصح العديد من الاختصاصيين النساء اللواتي في سن الإنجاب بتناول معالجة إضافية من حمض الفوليك بشكل روتيني بجرعة 400 مكغ/يوم وذلك في حال عدم اتباعهن خطة لتنظيم الحمل. ولكن كيف يمكن للعديد من النساء أن يعلمن بذلك؟

طريقة الدراسة: في عام 1998، تم الاتصال هاتفياً بشكل عشوائي بـ 1100 امرأة تتراوح أعمارهن بين 18 و 45 عاماً في جميع أنحاء الولايات.

النتائج:

- على الرغم من أن 68% قد سمعن عن حمض الفوليك (بينما كانت النسبة 52% في تقرير مماثل تم عام 1995) فإن أقل من ثلث هذه النسبة كن يتناولن هذا الفيتامين (29% من النساء غير الحوامل، و 32% من جميع النساء، بينما كانت النسبة 25% و 28% على التوالي في عام 1995).

- 13% من اللواتي تم سؤالهن في عام 1998 يعلمن أن حمض الفوليك يساعد على منع حدوث العيوب الولادية. و 7% فقط يعلمن أنه يجب أن يؤخذ قبل الحمل (حيث كانت النسبة 5% و 2% على التوالي عام 1995).

- 19% فقط ذكرن أنهم سمعن عن حمض الفوليك من قسم الرعاية الصحية.

الخلاصة: يجب أن ينتهز أطباء الرعاية الصحية الأولية جميع الفرص للتوعية والتوجيه عندما يتعلق الأمر بهذا العامل الفعال الهام في الرعاية الصحية الروتينية لدى الإناث.

زمن تعشيش محصول الحمل، والإسقاط

Time of Implantation of the Conceptus and Loss of Pregnancy

N Engl J Med 1999; 340: 1796-9

خلفية الدراسة: إن تعشيش محصول الإخصاب هو الخطوة الأساسية في الحمل، ولكن لا تزال المعلومات قليلة حتى الآن

حول زمن التعشيش أو حول العلاقة بين زمن التعشيش ونتيجة الحمل.

طريقة الدراسة: تم جمع عينات البول يوميا لمدة تصل إلى 6 أشهر لـ 221 امرأة حاولن الحمل بعد التوقف عن استخدام مانعات الحمل.

تم تحديد حدوث الإباضة بالاعتماد على نسبة مستقلبات الإستروجين إلى مستقلبات البروجستيرون في البول، والتي تتغير بشكل سريع مع تواجد اللوتين في أجربة المبيض.

يحدد زمن التعشيش بظهور الهرمون المشيمي المحرض للأقنود في بول الأم.

النتائج:

- نتجت 199 حالة حمل، كانت المعلومات كافية للتحليل لـ 95% منها (189 حالة).

- استمر الحمل لدى 141 حالة من الـ 189 حالة حمل (75%) لمدة تزيد على 6 أسابيع بعد آخر دورة طمث، أما الـ 48 حالة المتبقية (25%) فقد انتهت بإسقاط مبكر.

- ظهر الهرمون المشيمي المحرض للأقنود للمرة الأولى بعد الإباضة بـ 6 أيام إلى 12 يوما لدى حالات الحمل التي استمرت لمدة 6 أسابيع على الأقل.

- تم التعشيش لدى 118 امرأة (84%) في اليوم الثامن أو التاسع أو العاشر، وقد كان خطر الإسقاط المبكر للحمل يزداد مع تأخر زمن التعشيش.

- انتهت 13% من حالات الحمل الـ 102 التي تم فيها التعشيش في اليوم التاسع بضياح مبكر. و قد ارتفعت هذه النسبة إلى 26% مع حالات التعشيش في اليوم العاشر، و 52% في اليوم الحادي عشر، و 82% بعد اليوم الحادي عشر.

الخلاصة: في معظم حالات الحمل الناجحة، يحدث التعشيش بعد 8 إلى 10 أيام من الإباضة. و ترتفع خطورة ضياح الحمل المبكر مع تأخر التعشيش.

فوائد المعالجة الوالدية بالستيروئيدات القشرية لدى الخدج الذين لا تتجاوز أوزانهم 1000 غ عند الولادة بعد التمزق المبكر للأغشية

Benefits of Maternal Corticosteroid Therapy in Infants Weighing ≤ 1000 Grams at Birth after Preterm Rupture of the Amnion

Am J Obstet Gynecol 1999 Mar; 180 (3 Pt 1): 677-82

هدف الدراسة: تحديد تأثير معالجة الأم بالستيروئيدات القشرية قبل الولادة على النتائج الوليدية المصطفة لدى خدج يزنون 1000 غ على الأكثر عند الولادة بعد التمزق المبكر للأغشية.



المجموعة المدروسة: 135 حملا، محتمل الخطورة.
النتائج:

- وجد 43 جنينا مصابون بهذا الداء.
- كان وسطي النسبة القلبية الصدرية لدى الأجنة المصابين أعلى بشكل واضح منه لدى الأجنة غير المصابين (0.54 مقابل 0.45)، بحيث لا يوجد أي تطابق بين المجموعتين.
- الخلاصة: إن النسبة القلبية الصدرية التي تساوي أو تتجاوز 0.5 ذات حساسية ونوعية لهذا الداء بنسبة 100%.

مقارنة ثنائية التعمية بين الكاربيتوسين والأوكسيتوسين في منع عطالة الرحم بعد الجراحة القيصرية Double-Blind Comparison of Carbetocin Versus Oxytocin in Prevention of Uterine Atony after Cesarean Section

Am J Obstet Gynecol 1999 Mar; 180 (3 Pt 1): 670-6

هدف الدراسة: مقارنة الكاربيتوسين وهو مشابه مطول التأثير للأوكسيتوسين، مع الأوكسيتوسين في منع حدوث عطالة الرحم بعد إجراء العملية القيصرية.
طريقة الدراسة: أجريت دراسة سريرية عشوائية ثنائية التعمية عديدة المراكز، شملت 694 مريضة معدة لإجراء جراحة قيصرية مختارة.
تمت مقارنة تأثير جرعة مفردة من الكاربيتوسين مقادارها 100 ميكروغرام، مع التسريب الكلاسيكي للأوكسيتوسين لمدة 8 ساعات.
كانت النتيجة الأولية هي نسبة المريضات اللواتي احتجن إلى مداخل إضافية بالأوكسيتوسين لمنع عطالة الرحم.
النتائج:

- كانت نسبة المداخل الكلية بالأوكسيتوسين 7.4%.
- كان فرق فشل المعالجة الذي تطلب مداخله بالأوكسيتوسين أعلى بـ 2.03 ضعفا في مجموعة الأوكسيتوسين مقارنة بمجموعة الكاربيتوسين (32 من 318 مقابل 15 من 317 على الترتيب).
- الخلاصة: يبدو أن الكاربيتوسين، وهو دواء جديد لمنع حدوث عطالة الرحم، أكثر فعالية من التسريب المستمر للأوكسيتوسين، وهو مشابه له في الأمان.

أنماط الخصوبة التالية لاستئصال الزائدة الدودية: دراسة جماعية تاريخية

طريقة الدراسة: دراسة مستقبلية قائمة على الملاحظة، مدتها علم واحد (1992-1993)، حيث قامت شبكة وحدات الدواء الجنيني-الوالدي في المعهد الوطني لصحة الطفل وتطور الإنسان National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network بجمع بيانات نتائج 766 رضيعا خاليتين من شذوذات هامة مميّة وأوزانهم لدى الولادة لا تتجاوز 1000 غ، ولد 378 رضيعا منهم بعد التمزق المبكر للأغشية. وقد تم فقط شمل الأجنة الذين اعتبروا قابلين للحياة بشكل جيد من قبل طبيب التوليد.
تمت مقارنة النتائج الوليدية المصطفة بين الأمهات اللواتي تلقين المعالجة بالستيروئيدات القشرية قبل الولادة واللواتي لم يتلقين شملت متغيرات الراجع النسبي: الوزن لدى الولادة، والجنس، والعرق، والتهاب الأغشية، والمعالجة المثبطة للمخاض tocolytic therapy، ونمط الولادة، واستخدام surfactant.
النتائج:

- بدا 214 من الـ 378 رضيعا الذين حدث تمزق مبكر للأغشية لدى أمهاتهم قابلين للحياة بقوة. كانت 62 أما من الأمهات قد تلقت ستيروئيدات قبل الولادة، و 152 منهن لم يتلقين.
- تماثلت المجموعتان من حيث عمر الحمل، ووزن الولادة، والعرق، والتهاب الأغشية، ونمط الولادة.
- الأمهات اللواتي تلقين الستيروئيدات قبل الولادة كن أكثر استعدادا لتثبيت المخاض.
- أثبت التحليل المراقب من حيث العوامل المؤثرة أنه لا توجد فوائد وليدية من تناول الأم للستيروئيدات القشرية.
- الخلاصة: إن المعالجة بالستيروئيدات القشرية في حال تمزق الأغشية المبكر عند الأم ليست بذات فائدة على ما يبدو على المواليد الذين لا يتجاوز وزنهم 1000 غ.

التنبؤ بالثلاسيميا- ألفا متماثلة الزيغوت نمط 1 بواسطة التصوير بالألوان فوق الصوتية خلال الأسبوع 12 إلى 13 من الحمل

Prenatal Ultrasonographic Prediction of Homozygous Type 1 Alpha-Thalassemia at 12 to 13 Weeks of Gestation

Am J Obstet Gynecol 1999 Jan; 180 (1 Pt 1): 148-50

هدف وطريقة الدراسة: تم تحديد إمكانية التنبؤ قبل الولادة بالثلاسيميا ألفا نمط 1 متماثلة الزيغوت خلال 12 إلى 13 أسبوعا من الحمل بواسطة التصوير بالألوان فوق الصوتية عبر البطن أو المهبل (أو كليهما)، لقياس النسبة القلبية الصدرية للجنين.



Fertility Patterns after Appendectomy: Historical Cohort Study

MBJ 1999 Apr 10;318:963-7

دوافع الدراسة: تشير بعض التوصيات إلى وجود عتبة منخفضة لإجراء العمل الجراحي لدى الإناث الشابات اللواتي يتوقع أن يصبن بالتهاب الزائدة الدودية، وذلك لتجنب حدوث مشاكل مستقبلية في الخصوبة ناتجة عن التهاب الجهاز التناسلي.

هدف الدراسة: بما أن هذه التوصيات لا تعتمد كثيراً على المعلومات التجريبية فقد تم إجراء هذه الدراسة الجماعية الراجعة.

المجموعة المدروسة وطريقة الدراسة: ضمت المجموعة المدروسة 9840 امرأة سويدية أجري لهن استئصال زائدة دودية قبل عمر 15 عاماً ما بين عامي 1964 و 1983.

تم اختيار 47590 امرأة بنفس الأعمار كمجموعة شاهد. حددت الخصوبة اللاحقة بالعمر الذي تتم عنده ولادة الطفل الأول.

النتائج:

- كان وسطي العمر 31.6 عاماً بنهاية فترة المتابعة.
- كانت أنماط الخصوبة متماثلة لدى النساء اللواتي سبق وأن حدث لديهن انتقاب الزائدة، ولدى النساء في مجموعة الشاهد.
- كانت النساء اللواتي أجري لهن استئصال زائدة طبيعية أكثر قابلية للإنجاب في عمر أبكر، وكانت النتيجة مشابهة في حال الزائدة غير المنقبة.

- كان وسطي الإنجابية في نهاية فترة المتابعة 61.6 في حال الزائدة الطبيعية، و 1.36 في حال الزائدة غير المنقبة، و 21.2 في حال الزائدة المنقبة، و 1.27 لدى مجموعة الشاهد.

الخلاصة: إن النتيجة الرئيسية لهذه الدراسة هي أن انتقاب الزائدة الدودية غير مرتبط بمشاكل في الخصوبة، لذا يجب ألا يتسبب الخوف من حدوث إصابات تناسلية في اتخاذ القرار بالتدخل الجراحي لدى النساء الشابات اللواتي يعانين من آلام بطنية.

■ (أمراض عظمية ومفصلية)

استخدام موانع الحمل الفموية وخطورة حدوث كسور الورك: دراسة موجهة

Oral-Contraceptive Use and Risk of Hip Fracture:
A Case-Control Study

Lancet 1999 May 1; 353: 1481-4

خلفية الدراسة: تساعد المعالجة بالإستروجين على الوقاية من حدوث الكسور الناتجة عن تخلخل العظام في الأعمار المتقدمة. هدف الدراسة: أجريت هذه الدراسة الموجهة لتحديد ما إذا كان استخدام موانع الحمل الفموية OCS قبل سن الضهي يقلل أيضاً من خطورة حدوث الكسور بعده.

طريقة الدراسة: تم الحصول على المعلومات حول استخدام موانع الحمل الفموية من خلال إجراء المقابلات الهاتفية والاستقصاء مع جميع النساء فوق سن اليأس اللواتي تتراوح أعمارهن بين 50 و 81 عاماً في ستة أقاليم سويدية أصبن بكسر في عظم الفخذ الداني في الفترة الواقعة بين تشرين الأول 1993 وشباط 1995، وكذلك مع نساء مماثلات في العمر تم اختيارهن بشكل عشوائي كمجموعة شاهد.

النتائج:

- كانت 12% من النساء المصابات بكسور في الورك و 19% من مجموعة الشاهد يستخدمن موانع الحمل الفموية بشكل دائم.
- في تحليل المتغيرات، وبعد مراقبة عوامل العمر والإنجابية ومعامل كتلة الجسم، كانت نسبة خطورة حدوث كسر في الورك لدى اللواتي يستخدمن الـ OC أقل بـ 25% من اللواتي لا يستخدمنها، وهو فرق كبير.

- انخفضت نسبة الخطورة بمقدار 44% لدى النساء اللواتي استخدمن حبوب منع الحمل ذات الجرعات العالية (50 مكغ على الأقل من الإيثينيل إستراديول أو ما يكافئه).

- أدى استخدام موانع الحمل الفموية في الأعمار الأعلى من 39 عاماً إلى انخفاض كبير في نسبة خطورة كسر الورك أكثر من حال استخدامه في الأعمار الأصغر.

الخلاصة: تشير هذه الدراسة إلى أن استخدام موانع الحمل الفموية كمعالجة هرمونية تعويضية يقي من كسور الورك لدى النساء في الأعمار المتقدمة ما بعد سن الضهي.

تأثير المعالجة الدائمة بجرعة منخفضة من الإستروجين والبروجيستيرون مع الكالسيوم وفيتامين د على العظم لدى الإناث المسنات

The Effect of Low-Dose Continuous Estrogen and Progesterone Therapy with Calcium and Vitamin D on Bone in Elderly Women

Ann Intern Med 1999; 130: 897-904

دوافع الدراسة: أصبحت المعالجة الهرمونية المعيشية Hormone replacement therapy (HRT) والتّي تعتبر الوسيلة الأساسية لمنع تخلخل العظام - محدودة بسبب



- كانت الأعراض الجانبية للمعالجة الهرمونية المعوضة HRT خفيفة وقصيرة الأمد واقتصرت على: ألم الصدر، والتبقيع، وانزعاج في منطقة الحوض، والتغيرات المزاجية. الخلاصة:

إن المعالجة الهرمونية المعوضة المستمرة بجرعات منخفضة من الإستروجين الخيلي المقترن والميدروكسي بروجيستيرون الفموي بمشاركة كمية كافية من الكالسيوم وفيتامين د، ذات تأثير إيجابي على احتياطي العظم يماثل أو يفوق ذلك الناتج عن أنظمة المعالجة الهرمونية المعوضة الأخرى ذات الجرعات العالية لدى الإناث المسنات وقد تم تحمل هذه المشاركة بشكل جيد من قبل معظم المريضات.

نقص فيتامين د الخفي الأعراض لدى النساء فوق سن اليأس المصابات بكسر حاد في الورك، في الولايات المتحدة Occult Vitamin D Deficiency in Postmenopausal US Women with Acute Hip Fracture

JAMA 1999 Apr 28; 281: 1505-11

دوافع الدراسة: يؤدي نقص فيتامين د إلى نقص امتصاص الكالسيوم وارتفاع مستويات هرمون جار الدرق مما يؤدي في النهاية إلى ارتشاف العظم وفقدانه.

طريقة الدراسة: تصف هذه الدراسة-التي تمت في الولايات المتحدة- مستويات فيتامين د وهرمون جار الدرق لدى 98 امرأة فوق سن اليأس حضرن لتبديل عظم الورك. كانت معظم الإجراءات المتبعة اختيارية ما عدا في حالة 30 امرأة كن مصابات بكسر ورك حاد.

لم يكن لدى النساء أسباب أخرى محددة لفقدان العظم.

النتائج: كان وسطي مستويات الـ 25-هيدروكسي فيتامين د 32.4 نانومول/لتر لدى النساء المصابات بكسر حاد وهم أقل بكثير من الوسطي لدى النساء اللواتي تلقين إجراءات اختيارية (55 نانومول/لتر لدى المصابات بتخلخل العظام، و 49.9 نانومول/لتر لدى غير المصابات به).

كانت مستويات 25-هيدروكسي فيتامين د منخفضة بشكل واضح فهي لم تتجاوز 30 نانومول/لتر لدى نصف عدد النساء المصابات بكسر حاد.

كانت مستويات هرمون جار الدرق أعلى بكثير لدى المصابات بكسر حاد منها لدى اللواتي تلقين الإجراءات الاختيارية.

الخلاصة: تؤكد هذه النتائج أنه يمكن منع حدوث الكسور المرتبطة بنقص العظم osteopenia من خلال إعطاء معالجة تعويضية بفيتامين د للتقليل من فقدان العظم.

المخاطر المرتبطة بالجرعة، والتأثيرات الجانبية، ودرجة تقبل المرضى.

لم تُجر دراسة كافية على فعالية الجرعات المنخفضة من HRT على احتياطي العظام وعلى تحملها من قبل الإناث المسنات. هدف الدراسة: أجريت هذه الدراسة لتحديد فعالية المعالجة التعويضية بالهرمون بجرعات منخفضة مستمرة على احتياطي العظام لدى الإناث المسنات.

طريقة الدراسة: محاولة عشوائية ثنائية التعمية مقارنة بالدواء الموهوم.

مكان الدراسة: مركز الطب السريري وأبحاث تخلخل العظام الجامعي في أوهايو، نبراسكا.

المجموعة المدروسة: 128 امرأة ببيضاء بصحة جيدة تجاوزت أعمارهن 65 عاماً ولديهن كتلة عظم منخفضة، تم تجميعهن بالإعلام الشخصي أو بالإعلان المحلي.

كان المؤهل الرئيسي لشمول المريضة بالدراسة هو كون كثافة معدن العظم الشوكي أقل من 0.9 غرام/سم.

المجموعة الأولى: أعطيت معالجة مستمرة بالإستروجين الخيلي المقترن conjugated equine estrogen CEE 0.3 ملغ/يوم، والميدروكسي بروجيستيرون 2.5 medroxyprogesterone ملغ/يوم، في حين تناولت مجموعة أخرى الدواء الموهوم.

أعطيت كلتا المجموعتين معالجة تكميلية كافية بالكالسيوم ليصبح المأخوذ الكلي من الكالسيوم 1000 ملغ يومياً، و 25-هيدروكسي فيتامين د فموي إضافي للحفاظ على مستوى 25-هيدروكسي فيتامين د في المصل بمقدار 75 نانومول/لتر على الأقل.

معايير الدراسة:

- كثافة معدن عظم العمود الفقري والورك وكامل الجسم والساعد.

- مستويات الفوسفاتاز القلوية الكلية في المصل ومستويات الأوستيوكالسين المصلي، مقاسة كل 6 أشهر.

- إطرار كرياتينين البول والهيدروكسي برونين في الـ 24 ساعة وذلك عند البدء، وبعد 12 شهراً و 42 شهراً.

النتائج:

- خلال 3.5 سنوات من المتابعة، ارتفعت كثافة معدن العظم الشوكي بمقدار 3.5% بنتيجة التحليل ذي الهدف العلاجي، وبمقدار 5.2% لدى المريضات اللواتي التزمّن بالعلاج بنسبة تجاوزت 90%.

- شوهدت زيادة واضحة في كثافة عظم الساعد وكامل الجسم.



ويتم حالياً تطوير تكوين العظام البشرية، والأمعاء، والقرنية، والصمامات، والنسيج الضام.

المعالجة بحد وحيد النسيلة مؤنس ضد CD154 تقي من الرفض الحاد للطعم الكلي المابين لدى الثدييات الرئيسية غير الإنسان Treatment with Humanized Monoclonal Antibody against CD154 Prevents Acute Renal Allograft Rejection in Non Human Primates

Nat MED 1999 Jun; 5: 686-93

دوافع الدراسة: تتضمن المعالجة التقليدية لمنع رفض العضو المزروع استخدام أدوية مثبطة للمناعة، وهي قد تسبب أذى بدورها.

هدف الدراسة: قام فريق من معاهد متعددة بدراسة طريقة جديدة تبحث في التخلص من هذه التأثيرات الجانبية.

تتضمن الخطوة المبكرة الحرجة للاستجابة المناعية وجود المستضد antigen: فالخلية التي تقدم المستضد ترتبط مؤقتاً بالخلية التائية المفعلة من خلال التقاء الجزيئات الموجودة على سطحهما.

قام الفريق الباحث بابتكار ضد وحيد النسيلة يقوم بمنع هذا الالتقاء، وبذلك يمنع تقديم المستضد.

تم إعطاء 9 قرود أجريت لهم عملية زرع كلية جرعات من الضد وحيد النسيلة قبل العمل الجراحي مباشرة، وبعده، على 4 جلسات خلال الشهر التالي للجراحة، ثم مرة كل شهر لمدة 5 أشهر، ولم تعط مطلقاً أي أدوية مثبطة للمناعة.

النتائج:

- بقيت 8 قرود على قيد الحياة مع وظيفة كلية طبيعية لمدة تفوق 510 أيام بعد عملية الزرع، دون حدوث خمج، أو خباثة، أو تأخر في شفاء الجرح.

- على الرغم من أن النتيجة كانت إيجابية تجاه الفيروس مضخم الخلايا (CMV) cytomegalovirus لدى جميع القرود قبل الزرع، إلا أن داء CMV لم يتطور لدى أي منهم.

- وعلى العكس، فقد مات جميع قرود الشاهد الستة الذين لم يتلقوا أية معالجة أو معالجات ستيروئيدية تقليدية خلال 9 أيام من الزرع.

الخلاصة: يظن أن القرود تشكل نماذج جيدة لدراسة اغتراس الأعضاء لدى الإنسان، وإن الضد وحيد النسيلة المستخدم عند القرود هو ضد مؤنس؛ أي أن الجهاز المناعي لدى الإنسان لا يقوم بتمييز بنيته على أنها غريبة، ويجب أن يقوم هذا الضد بمنع تقديم المستضد لدى الإنسان.

ويبقى التساؤل فيما إذا كانت معالجة نقص فيتامين د لدى المرضى المصابين بكسور يمكن أن تحسن من ترميم الكسر وأن تقلل من خطورة حدوث كسور أخرى.

■ اغتراس الأعضاء

نمو وزرع الشرايين والمثانة بنجاح لدى الحيوانات Arteries and Bladders Grown and Implanted Successfully in Animals

JW 1999 June 1; 19: 88

Nat Biotech 1999 Feb; 17: 149-55

Science 1999 Apr 16; 284: 422-5, 489-93

دوافع الدراسة: حلم علماء الأحياء مدة طويلة بإمكانية زرع أعضاء كاملة لتحل محل الأعضاء المصابة بالفشل.

هدف الدراسة: تشير التطورات الحديثة الظاهرة إلى أن هذا الحلم يمكن أن يتحول قريباً إلى حقيقة، حيث يمكن أن يتم تشكيل اللدائن (البلاستيك) الحديثة بشكل العضو المطلوب ثم تزرع فيها خلايا ذلك العضو، حيث تلتصق الخلايا بالبلاستيك، وتنمو، وتتمايز حتى إلى أوعية دموية وأعصاب. وعندما يتطور العضو يتم انحلال الهيكل البلاستيكي.

طريقة الدراسة والنتائج: أجريت الدراسة في بوسطن، و تم فيها تكوين وزرع عدة مثانات لدى الكلاب. تزودت هذه المثانات بالأعصاب والأوعية الضرورية بالتدريج، وقامت بأداء وظيفتها الطبيعية لمدة 11 شهراً.

وفي دراسة أمريكية أخرى، تم تكوين الشرايين عن طريق وضع عضلة ملساء وخلايا بطانية في أنابيب بلاستيكية، وضخ سائل مغذي عبر الأنابيب مما يحافظ على الضغط الشرياني وتماسك الشرايين. بقيت هذه الشرايين ذات فعالية لدى الخنازير لمدة 24 يوماً.

الخلاصة: تشير هذه النتائج الجديرة بالملاحظة لدى الحيوانات إلى أنه يمكن قريباً تكوين وزرع أعضاء بسيطة، والحصول فيما بعد على أعضاء أكثر تعقيداً مثل القلب والكبد والكلية. حيث يمكن أن يؤدي أخذ الخلايا التي تنمو في هذه الأعضاء من نفس المريض إلى التخلص من مشكلة الرفض المناعي. ويمكن أن تكون هذه الطريقة فعالة إذا بقي المريض حياً لمدة كافية لنمو العضو.

وقد تم تكوين الجلد والغضروف البشري بواسطة تقنيات مماثلة، واستخدمت فعلياً.



■ جراحة

الجراحة المبكرة لتقليل من نسبة الوفيات لـ 6 سنوات لدى المرضى المصابين بأمهات دم شريانية أبهرية بطنية صغيرة

Early Surgery Did Not Reduce 6-Year Mortality in Patients with Small Abdominal Aortic Aneurysms

ACP Journal Club 1999 May/June;73

هدف الدراسة: معرفة ما إذا كان العمل الجراحي المفتوح المبكر والاختياري لدى المرضى المصابين بأمهات دم شريانية بطنية صغيرة يخفض نسبة الوفيات أكثر مما تفعله الرقابة المنتظمة لقطر الشريان بواسطة التصوير بالأشعة فوق الصوتية.

طريقة الدراسة: محاولة عشوائية موجهة غير معماة مع متابعة تصل حتى 7 سنوات (4.6 سنوات وسطياً).

مكان الدراسة: 93 مشفى في المملكة المتحدة. المجموعة المدروسة: 1090 مريضاً تتراوح أعمارهم بين 60 و 76 عاماً (وسطى الأعمار 69 عاماً، 83% منهم ذكور)، ملائمين للعمل الجراحي الاختياري، ولديهم أمهات دم شريانية بطنية تحت كلوية غير مترافقة بأعراض، تتراوح أقطارها بين 4 و 5.5 سم (القطر الوسطي 4.6 سم).

شملت معايير الاستثناء من الدراسة عدم ملائمة المريض للعمل الجراحي الاختياري، ووجود أمهات دم مترافقة بأعراض. المداخلة الطبية: تم إجراء العمل الجراحي لـ 563 مريضاً، ومراقبة القطر الشرياني بالتصوير بالأشعة فوق الصوتية لدى 527 مريضاً.

أجريت الجراحة وفقاً للإجراءات المحلية العادية. تمت معاينة المرضى في مجموعة المراقبة كل 6 أشهر في حال وجود أمهات دم تتراوح أقطارها بين 4 و 4.9 سم، وكل 3 أشهر في حال أمهات دم ذات قطر 5-5.5 سم.

تم تحديد العمل الجراحي الاختياري للمرضى ذوي أمهات الدم التي يفوق قطرها 5.5 سم، معدل نموها أكثر من 1 سم / سنة، إذا أصبحت أم الدم مؤلمة، أو إذا دعت الحاجة لترميم حرقفي أو صدري.

المعيار الرئيسي للدراسة: الوفاة بأي سبب كان.

النتائج:

- تمت هذه الدراسة بهدف المعالجة.

- أجري الترميم الاختياري لأمهات الدم لدى 517 مريضاً من 536 مريضاً في مجموعة الجراحة (92%) بواسطة طعم

حشوة بديل، حيث أجريت الجراحة لـ 452 مريضاً منهم (87%) بعد 5 أشهر على الأكثر من بدء الدراسة (وسطى المدة لإجراء الجراحة 1.8 شهراً).

- أجريت الجراحة لـ 38 مريضاً (7%) من مجموعة المراقبة خلافاً لنهج الدراسة.

- لم تختلف نسبة حدوث الوفاة بعد 6 سنوات في كلتا المجموعتين (معدل الخطورة 0.94).

- كانت النتائج متماثلة بعد ضبط العوامل المؤثرة. الخلاصة: لم تقلل الجراحة الاختيارية الوقائية المبكرة من نسبة الوفيات مقارنة بمراقبة قطر الشريان بالتصوير بالأشعة فوق الصوتية لدى المرضى المصابين بأمهات دم أبهرية بطنية صغيرة لا عرضية.

التفاؤل، والعودة إلى المشفى بعد إجراء مجازات إكليلية

Optimism and Rehospitalization after Coronary Artery Bypass Graft Surgery

Arch Intern Med 1999 Apr 26;159: 829-35

دوافع الدراسة: إن توقع نتائج جيدة لجراحة المجازات الإكليلية CABG قد يكون أملاً ذاتي التحقيق.

طريقة الدراسة: أجريت هذه الدراسة في Pittsburgh لمعرفة العلاقة بين التفاؤل قبل العمل الجراحي، والاكتئاب، واحترام الذات، والتنبه العصبي، ونسبة العودة إلى المشفى خلال مدة 6 أشهر.

المجموعة المدروسة: 283 مريضاً لديهم CABG مستقر نسبياً، وسطي أعمارهم 63 عاماً، معظمهم من الرجال المتزوجين.

تم القيام بتحليل المتغيرات بعد مراقبة عوامل الاكتئاب، والتنبه العصبي، واحترام الذات، وعوامل الخطورة التقليدية لداء الشريان الإكليلي CAD.

النتائج: أظهرت النتائج انخفاض نسبة العودة إلى المشفى بسبب الجراحة أو بسبب حدوث داء شرياني إكليلي بمقدار حوالي 50% لدى المرضى المتفائلين مقارنة بالمرضى المتشائمين.

وبالمقابل فقد كانت نسبة الانخفاض في نسبة العودة إلى المشفى لأي سبب 30%.

الخلاصة: مثلما يزداد إثبات الارتباط بين الاكتئاب والنتائج السيئة التالية لاحتشاء العضلة القلبية، يبدو أن التشاؤم مرتبط بالمضاعفات الناتجة بعد جراحة CABG، وهذا يدعو لإجراء المزيد من الدراسات لدى المرضى في حالتها التفاؤل والتشاؤم.



■ (أمراض بولية)

الفعالية السريرية وأمان التولتيرودين في علاج تهيج المثانة، مقارنة بالدواء الموهم

Clinical Efficacy and Safety of Tolterodine Compared to Placebo in Detrusor Overactivity

J Urol 1999 May;161:1551-5

خلفية الدراسة: يعتبر التولتيرودين (Detrol) Dواءاً جديداً منافساً لمستقبلات الموسكارين، يستخدم لعلاج تهيج المثانة.

طريقة الدراسة: محاولة عشوائية ثنائية التعمية. المجموعة المدروسة: 316 مريضاً، وسطي أعمارهم 60 عاماً، 75% منهم إناث، أثبتت إصابتهم بفرط نشاط العضلة الدافعة بواسطة مقياس ضغط المثانة، تم توزيعهم إلى مجموعتين:

المجموعة الأولى: تناولت التولتيرودين (1 أو 2 ملغ مرتان يومياً).

المجموعة الثانية: تناولت الدواء الموهم. قام المرضى في البدء بإفراغ المثانة بمعدل 11 مرة، وتعرضوا لـ 4 عوارض من السلس الملح يومياً. النتائج:

- بعد 12 أسبوعاً من المعالجة، كان عدد مرات الإفراغ أقل بـ 2.3 مرة يومياً لدى المجموعة الأولى، وأقل بـ 1.4 مرة يومياً لدى المجموعة الثانية، وهو فرق كبير إحصائياً.
- لم يقلل التولتيرودين كثيراً من عدد عوارض السلس.
- سجلت حالة جفاف فم لدى 13%، و 24%، و 39% من المرضى الذين يتلقون الدواء الموهم، و 1 ملغ تولتيرودين، و 2 ملغ تولتيرودين على التوالي.
- تم تحمل الدواء بشكل جيد.

الخلاصة: يقلل التولتيرودين من تكرار إفراغ المثانة لدى المرضى المصابين بفرط نشاط المثانة، ولكن الفرق بينه وبين الدواء الموهم ضئيل جداً (حيث كان عدد مرات الإفراغ أقل بحوالي مرة واحدة يومياً). وفي دراسات سابقة قارنت التولتيرودين والأوكسيبوتينين oxybutinin (وهو دواء يستخدم بكثرة لعلاج هذه المشكلة) كان للتولتيرودين الفعالية ذاتها ولكنه أقل تسبباً في جفاف الفم.

■ (أشعة)

التهاب القولون الإقفاري:

تقييم 54 حالة بالتصوير الطبقي المحوري المبرمج

Ischemic Colitis: CT Evaluation of 54 Cases

Radiology 1999 May; 211: 381-8

هدف الدراسة: يجب وضع تشخيص التهاب القولون الإقفاري موضع الاعتبار عندما يشكو المرضى المسنون من آلام بطنية أو تغيوط مدمى، خاصة عند إصابتهم بداء وعائي أو باضطراب الحركية الدموية.

طريقة الدراسة: تصف هذه الدراسة التي تمت في جامعة نيويورك نتائج التصوير الطبقي المحوري المبرمج لدى 54 مريضاً، وسطي أعمارهم 72 عاماً، مصابين بالتهاب قولون إقفاري مثبت في معظم الحالات بالموجودات التنظيرية أو بالجراحة.

تم إجراء التصوير الطبقي المحوري المبرمج CT scans مع استخدام مواد ظليلة فموية ووريدية معاً، بعد 3 أيام وسطياً من بدء ظهور الأعراض.

النتائج:

- شوهدت 3 أنماط من الشذوذ:
- ظهر تسمك جدار مع وجود مناطق غير متجانسة من الوذمة لدى 33 مريضاً.
- ظهر تسمك جدار متمركز متجانس بسيط لدى 18 مريضاً.
- ظهر هواء داخل الجدار لدى 3 مرضى.
- شملت الإصابة القولون بأكمله لدى 6 مرضى، بينما شملت قطعاً منه لدى الباقين، حيث تناولت الإصابة القولون الأيسر لدى 25 مريضاً، والأيمن لدى 16 مريضاً، والمستعرض لدى 5 مرضى، والسيني sigmoid لدى مريضين.

- تم إثبات الإصابة باحتشاء المعى جراحياً لدى 7 مرضى، 3 منهم كانوا من المصابين بهواء داخل جداري، ولكن لم تظهر بالـ CT صفات مميزة في حالات الاحتشاء الأخرى. الخلاصة: رغم أن نتائج التصوير الطبقي المحوري المبرمج غير نوعية تماماً في حال الإصابة بالتهاب القولون الإقفاري، فإنه من الواضح أن الـ CT يساعد إلى حد بعيد في التشخيص.



■ أورام

المضاعفات العصبية للسرطان الجهازى

Neurologic Complications of Systemic Cancer

Am Fam Physician 1999 Feb 15; 59(4): 878-86

تحدث المضاعفات العصبية بشكل متكرر لدى مرضى السرطان، وهي السبب الأكثر شيوعاً لدخول المشفى إثر المعالجة الكيماوية الروتينية لأولئك المرضى. تعتبر الانتقالات الدماغية المضاعفة الأكثر انتشاراً، حيث تصيب 20-40% من مرضى السرطان وتتنافس بشكل نموذجي بصداع وتبدل بالحالة العقلية أو ضعف بؤري. هناك مضاعفات انتقالية شائعة أخرى مثل انضغاط الحبل الشوكي الجافى والانتقالات للسحايا الرقيقة. قد يشكل انضغاط الحبل حالة إسعافية، وإن السرعة في إعطاء جرعة عالية من الكورتيكوستيرويدات والمعالجة الشعاعية أو إزالة الضغط بالجراحة، ضرورية لحماية الوظيفة العصبية. يجب الاشتباه بانتقالات إلى السحايا الرقيقة عندما تظهر لدى المريض سوء وظيفة عصبية في أكثر من موضع. إن اعتلال الدماغ الاستقلابي سبب شائع غير انتقالي لتبدل الحالة العقلية لدى مرضى السرطان، ويمكن أن تحدث المضاعفات الدماغية الوعائية مثل السكتة أو النزف في حالات متنوعة متعلقة بالورم مثل الغزو المباشر، واضطرابات التخثر، والتأثيرات الجانبية للمعالجة الكيماوية، والتهاب الشغاف الخثري غير الجرثومي. تعتبر المعالجة الشعاعية أكثر تدبير ملطف مستخدم للانتقالات، ويستخدم الاستئصال الجراحي أو المعالجة الكيماوية للأورام لدى مرضى انتقائين.

علاقة الصفائح الدموية بتكوين أوعية الورم

Involvement of Platelets in Tumor Angiogenesis

Lancet 1998 Nov 28; 352 (9142): 1775-7

أظهرت الدراسات السريرية وما قبل السريرية أن نمو الورم يعتمد على تكوين الأوعية، وكذلك أظهرت تتفاعل سلسلة التخثر لدى المرضى المصابين بالسرطان. تعتمد الدراسة على كون الصفائح مصدر غني بمحرضات ومثبطات تكوين الأوعية، وتأثيرها مع النسيج البطاني. ومن المفترض أن حالة النسيج البطاني الطبيعي المضادة للتخثر تضطرب بواسطة المؤثر البطاني الناتج عن خلايا الورم.

يمكن أن تفسر هذه الفرضية الفوائد السريرية المفترضة لاستخدام مضادات التخثر في حال الإصابة بالسرطان مما يستهدف تأثير الصفائح على توعية الورم ويؤدي إلى تثبيط تكوين الأوعية.

الأضداد ضد حمى الحلا الإنسانى 8 لدى الزوج المصابين

بالسرطان في جنوب أفريقيا

Antibodies against Human Herpesvirus 8 in Black South African Patients with Cancer

N Engl J Med 1999; 340: 1863-71

دوافع الدراسة: هناك علاقة ثابتة بين الخمج بحمى الحلا الإنسانى 8 (HHV-8) وساركوما كابوزي، لكن من غير المعروف كيفية انتقالها وترافقها مع سرطانات أخرى وكذلك تفاعلها مع حمى عوز المناعة الإنسانى نمط 1 (HIV-1). مكان الدراسة: جوهانسبورغ وسويتو في إفريقيا الجنوبية. زمان الدراسة: من كانون الثاني 1992 حتى أيلول 1997. طريقة الدراسة: فحصت الأضداد ضد HIV 1 و HHV 8 في دم 3344 مريضاً حيث فحصت الأضداد ضد HHV 8 بالتألق المناعي الغير مباشر وقد تعلق كثافة إشارة التألق بشكل جيد مع عيار الأضداد. فحصت العلاقات بين وجود أضداد ضد HHV 8، والعوامل السلوكية والسكانية الاجتماعية، ونمط السرطان ووجود أو غياب خمج HIV 1 مرافق وذلك باستخدام الرجوع النسبي اللاشرطي. النتائج:

- بين 3293 مريضاً لديه سرطان غير ساركوما كابوزي، كان الانتشار المصلي القياسي للأضداد ضد HHV 8 هو 32% ولم يكن هذا الرقم مختلفاً عن الرقم بين متبرعي الدم الزوج.
- بين أولئك الـ 3293 مريضاً، ازداد انتشار الأضداد ضد HHV 8 مع زيادة العمر وعدد الشركاء الجنسيين. وقد نقص مع زيادة سنوات التعليم، لكن لم يترافق بشكل قوي مع الخمج بالـ HIV 1 كما كانت الأضداد ضد HHV 8 أكثر وجوداً بين متبرعي الدم الزوج مقارنة مع البيض.
- بين 51 مريضاً مصاباً بساركوما كابوزي كان الانتشار المصلي القياسي للأضداد ضد HHV 8 هو 83% أي أعلى بشكل ملحوظ مقارنة مع غير المصابين بساركوما كابوزي.
- وفي 16 نمطاً خاصاً من السرطان (يشمل 108 حالة تقييم متعدد و 202 حالة سرطان بروسات) لم يكن الاختلاف في الانتشار المصلي القياسي للأضداد ضد HHV 8 قابلاً للملاحظة.



- لم تشاهد اختلافات في البقيا بين المرضى المصابين بسرطانة شائكة الخلايا، والمرضى المصابين بسرطانة غدية.
- كانت خسارة الوزن مؤشراً هاماً للنتائج السيئة.
- لم تؤد إضافة العلاج الكيميائي إلى تغيير نسبة النكس المرضي أو الانتقالات السرطانية.
- الخلاصة: إن مشاركة المعالجة الكيميائية السابقة للعمل الجراحي بالسيبلاتين والفلورويوراسيل لم تحسن البقيا الكلية لدى المرضى المصابين بسرطانة شائكة أو سرطانة غدية في المريء.

استخدام بدائل العلاج

من قبل النساء المصابات بسرطان ثدي في مراحله المبكرة

Use of Alternative Medicine

by Women with Early-Stage Breast Cancer

N Engl J Med 1999; 340: 1733-9

خلفية الدراسة: تم تحليل استخدام بدائل العلاج (علاج روحي أو استرخائي أو التدليك أو الأعشاب) من قبل نساء يتلقين معالجة مثالية لسرطان الثدي في مراحله المبكرة، تم تشخيصه بين أيلول 1993 وأيلول 1995.

طريقة الدراسة: أجريت دراسة جماعية على 480 مريضة مصابة بسرطان ثدي في مرحلة مبكرة تم تشخيصه حديثاً، تم انتخابهن من ضمن جماعة الإناث في ولاية ماساتشوستس والمشاركات في دراسة حول كيفية قيام النساء باختيار علاج السرطان. وقد تم اختبار المعالجات البديلة للدواء، والمعالجات التقليدية، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة.

النتائج:

- كان الاستخدام الحديث لدواء بديل بعد جراحة سرطان الثدي شائعاً وقد ذكر من قبل 28.1% من النساء، ولم يترافق هذا الاستخدام مع اختيار معالجات دوائية مثالية، وذلك بعد مراقبة المتغيرات السريرية والاجتماعية السكانية.

- خضعت 10.6% من النساء لبدايل العلاج قبل تشخيص سرطان الثدي.

سجلت النساء اللواتي بدأن باستخدام بدائل العلاج بعد الجراحة نوعية حياة أسوأ مقارنة باللواتي لم يتناولن مطلقاً.

- كان عدد النقاط الأساسية المحرزة للصحة العقلية متماثلاً لدى اللواتي قررن استخدام بدائل العلاج، واللواتي لم يفعلن. ولكن استخدامه ترافق وبشكل مستقل مع ظهور اكتئاب بعد 3 أشهر من العمل الجراحي، ومع خوف من نكس السرطان،

- في كثافة معينة من التآلق للأضداد ضد HHV 8، كان ساركوما كابوزي أكثر بين المرضى الإيجابيين لـ HIV 1 مقارنة مع السلبيين.

الخلاصة: إن الانتشار المصلي للأضداد ضد HHV 8 بين المرضى الزوج المصابين بالسرطان في أفريقيا الجنوبية عال، ويتوافق بشكل قوي مع ساركوما كابوزي خاصة في العيارات العالية.

المقارنة بين المعالجة الكيميائية المتبوعة بالجراحة وبين الجراحة بمفردها لعلاج سرطان المريء الموضع

Chemotherapy Followed by Surgery Compared with Surgery Alone for Localized Esophageal Cancer

N Engl J Med 1998; 339: 1979-84

هدف الدراسة: أجريت هذه الدراسة العشوائية في عدة معاهد للمقارنة بين المعالجة الكيميائية التي تسبق العمل الجراحي وتلك المتبوعة بجراحة وبين الجراحة فقط، وذلك لدى المرضى المصابين بسرطان المريء الموضع القابل للجراحة.

المجموعة المدروسة: تألفت من 440 مريضاً لديهم بيانات كافية.

طريقة الدراسة: قسم المرضى عشوائياً إلى مجموعتين؛ ضمت الأولى 213 مريضاً أخضعوا للمعالجة الكيميائية التي تضمنت ثلاث دورات من السيبلاتين والفلورويوراسيل، ثم أجريت الجراحة بعد مرور أسبوعين - 4 أسابيع من إتمام الدورة الثالثة، كما تلقى المرضى دورتين إضافيتين من المعالجة الكيميائية بعد العمل الجراحي، أما مجموعة العمل الجراحي الفوري فضمنت 227 مريضاً خضعوا لنفس طريقة الجراحة.

كانت نقطة النهاية الرئيسية هي البقيا الكلية.

النتائج:

- بعد فترة دراسة 55.4 شهراً وسطياً، لم يظهر اختلاف بين المجموعتين في وسطي البقيا: 14.9 شهراً للمرضى المتلقين للعلاج الكيميائي السابق للعمل الجراحي، و 16.1 شهراً للمرضى الذين خضعوا للعمل الجراحي الفوري.

- بمرور سنة واحدة، كانت نسبة البقيا 59% لمجموعة المعالجة الكيميائية و 60% لمجموعة الجراحة، بينما بلغت نسبة البقيا 35% و 37% على الترتيب بمرور عامين.

- تم تحمل التأثيرات السمية للعلاج الكيميائي، ولم تؤد إضافة العلاج الكيميائي إلى زيادة حدوث المراضة أو الوفاة المرتبطتين بالعمل الجراحي.



- ظهرت التأثيرات الجانبية للتاموكسيفين لدى أقل من 1% من المريضات: ازدياد سرطان بطانة الرحم، والخثار الوريدي العميق، والانصمام الرئوي.
الخلاصة: يبدو أن إضافة المعالجة بالتاموكسيفين إلى استئصال الكتلة والمعالجة الشعاعية توفر فائدة إضافية للنساء المصابات بسرطان الثدي قنوية في الموضع.

التعرض لغاز الكلور العضوي وخطورة حدوث سرطان الثدي Organochlorine Exposure and Risk of Breast Cancer

Lancet 1998 Dec 5; 352 (9143): 1816-20

دوافع الدراسة: يمكن أن يكون لبعض مركبات غاز الكلور العضوي تأثير إستروجيني ضعيف، وبذلك يمكن أن ترفع من خطورة حدوث سرطان الثدي.

هدف الدراسة: تحديد ارتباط خطورة حدوث سرطان الثدي بالتركيز المصلية لعدد من مركبات غاز الكلور العضوي.

طريقة الدراسة: في عام 1976، تم الحصول على عينات مصل من 7712 امرأة مشاركة في دراسة القلب في مدينة كوبنهاغن كجزء من الاختبارات الفيزيائية والمقابلات حول العوامل المؤثرة في نمط الحياة. وخلال 17 عاماً من المتابعة، تطور سرطان الثدي لدى 268 امرأة. وقد تم إدراج امرأتين غير مصابتين بالسرطان من الجماعة ذاتها مقابل كل امرأة مصابة، كشاهد.

في عامي 1996 و 1997، تمت دراسة العينات المصلية المأخوذة من 240 امرأة مصابة بالسرطان و 477 امرأة من مجموعة الشاهد.

النتائج:

- تراقق الديلدرين dieldrin مع ارتفاع واضح في خطورة حدوث سرطان الثدي المرتبطة بالجرعة.

- ارتفعت الخطورة قليلاً بالتعرض لـ بيتا-هيكساكلوروسيكلوهيكسان

beta- hexachlorocyclohexane

- لم يشاهد ارتباط بين خطورة حدوث سرطان الثدي و -p,p'- dichlorodiphenyltrichloroethane أو المسـتقلبات أو الفينيلات الثنائية عديدة الكلورة.

- دعم استثناء النساء المصابات بالسرطان المشخص خلال 5 سنوات من أخذ عينة الدم النتيجة الناجمة عن الديلدرين، ولكنه لم يؤثر في باقي النتائج.

الخلاصة: تدعم هذه النتائج الفرضية القائلة بأن التعرض لـ xeno-oestrogens يزيد خطورة حدوث سرطان الثدي.

وانخفاض عدد نقاط الصحة العقلية و الإرضاء الجنسي، ومع أعراض شدة أكبر، والمزيد من الأعراض الفيزيائية.

سجلت جميع مجموعات الإناث تحسناً في نوعية الحياة بعد عام واحد من العمل الجراحي.

الخلاصة: كان الاستخدام الحديث لبدائل العلاج علامة على تزايد حدوث كرب نفسي اجتماعي وسوء نوعية الحياة لدى الإناث اللواتي تم تشخيص سرطان الثدي في مراحله المبكرة لديهم وتم علاجهم بالمعالجات المثالية.

استخدام التاموكسيفين في معالجة سرطان الثدي داخل القنوي:

الدراسة العشوائية الموجهة للمشروع الوطني للجراحي للثدي والأمعاء
Tamoxifen in Treatment of Intraductal Breast Cancer:
National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-24
Randomised Controlled Trial

Lancet 1999 Jun 12; 353: 1993-2000

دوافع الدراسة: ارتفعت إمكانية كشف السرطان الغدية القنوية في الموضع DCIS بالاستخدام المتزايد لتصوير الثدي.

كانت المعالجة المعتادة للـ DCIS تتم حتى منتصف الثمانينات باستئصال الثدي وتجريف الإبط. منذ ذلك الحين ظهرت فعالية المعالجة باستئصال الكتلة lumpectomy والأشعة معاً حتى لدى انعدام وجود كتلة مجسوسة.

طريقة الدراسة: أجريت هذه الدراسة الموجهة، ثنائية التعمية، لبحث ما إذا كان تناول معالجة مساعدة بالتاموكسيفين يمكن أن يسبب وقاية إضافية تجاه تطور المراحل المتتابعة لسرطان الثدي كظهور أورام ثدي في الجهة الموافقة أو المقابلة، أو ظهور انتقالات ورمية.

تمت معالجة جميع المريضات الـ 1804 المصابات بالـ DCIS باستئصال الكتلة بالإضافة إلى المعالجة الشعاعية. وبالإضافة إلى ذلك، فقد تمت معالجة نصف المريضات اللواتي تم اختيارهن عشوائياً بالتاموكسيفين (10 ملغ مرتان يومياً لمدة 5 سنوات)، والنصف الآخر بالدواء الموهم.

تمت متابعة المريضات لمدة 74 شهراً وسطياً بالاختبار الفيزيائي كل 6 أشهر، وتصوير الثدي سنوياً.

النتائج:

- بعد 5 سنوات، تطورت مراحل سرطان الثدي لدى 8.2% من مجموعة التاموكسيفين مقابل 13.4% من مجموعة الدواء الموهم، وهو فارق كبير.

- حوالي نصف الحالات في كل مجموعة كانت سرطاناً غازية.



تأثير الرالوكسيفين على خطورة حدوث سرطان الثدي لدى النساء بعد سن الضهي: نتائج دراسة MORE العشوائية

The Effect of Raloxifene on Risk of Breast Cancer in Postmenopausal Women: Results from the MORE Randomized Trial

JAMA 1999 Jun 16; 281: 2189-97

دوافع الدراسة: الرالوكسيفين هو معدل اصطفائي لمستقبلات الإستروجين، و هو ذو تأثيرات معقدة يمكن أن تقي من فقدان العظم وتخفف من خطورة حدوث سرطان الثدي لدى النساء بعد الأياس. طريقة الدراسة: إن دراسة النتائج العديدة لتقييم الرالوكسيفين بدراسة MORE العشوائية (The Multiple Outcomes of Raloxifene Evaluation) هي دراسة عشوائية ثنائية التعمية، متعددة الجنسيات، أقيمت لتحديد ما إذا كانت المعالجة بالرالوكسيفين لمدة 3 سنوات تخفف من خطر حدوث الكسور. المجموعة المدروسة: تمت متابعة 7705 نساء، لمدة 40 شهراً وسطياً، لاختبار تأثير الرالوكسيفين على خطورة حدوث سرطان الثدي. النتائج:

- من 54 حالة سرطان الثدي، كان هناك 40 حالة سرطان غازي (13 من 5129 امرأة تتناول الرالوكسيفين، و 27 من 2576 امرأة تتناول الدواء الموهم)، حيث كانت 24 من 40 حالة سرطان غازي إيجابية لمستقبل الإستروجين. - كانت الخطورة النسبية لدى النساء اللواتي يتلقين الرالوكسيفين 0.24 بالنسبة لتطور سرطان الثدي الغازي، و 0.10 بالنسبة للأورام الإيجابية لمستقبل الإستروجين، وكلاهما يعتبر انخفاضاً كبيراً من الناحية الإحصائية. - مع ذلك، لم يشاهد انخفاض في الخطورة بالنسبة للأورام السلبية لمستقبل الإستروجين.

- كانت خطورة الانصمام الخثاري الوريدي أعلى بشكل ملحوظ في حال تناول الرالوكسيفين مقارنة بالدواء الموهم (1.0% مقابل 0.3%)، ولكن لم يشاهد ارتفاع في خطورة سرطان بطانة الرحم.

الخلاصة: على ما يبدو، لايقوم الرالوكسيفين بالمحافظة على العظم فحسب، ولكنه يقي أيضاً من حدوث سرطان الثدي دون أن يزيد من خطورة حدوث سرطان بطانة الرحم، وذلك لمدة متابعة بلغت 40 شهراً على الأقل. ولا تزال هناك حاجة لمتابعة

أطول لتقييم ازدياد خطورة داء الانصمام الخثاري، وكلفة المعالجة.

المعالجة الشعاعية المتزامنة المعتمدة على السيسبلاتين، والمعالجة الكيميائية، لعلاج سرطان عنق الرحم المتقدم موضعياً

Concurrent Cisplatin-Based Radiotherapy and Chemotherapy for Locally Advanced Cervical Cancer

N Engl J Med 1999; 340: 1144-53

هدف الدراسة: إجراء دراسة عشوائية لحساب مجموعة الأورام النسائية لمقارنة المعالجة الشعاعية المشاركة مع 3 أنظمة علاج كيميائي: - السيسبلاتين وحده.

- سيسبلاتين، فلورويوراسيل، هيدروكسي يوريا.

- هيدروكسي يوريا وحده.

وذلك لدى مريضات مصابات بسرطان عنق رحم موضعي متقدم.

طريقة الدراسة: تم إدراج المريضات المصابات بسرطانة شائكة الخلايا غازية غير معالجة مبدئياً، أو سرطانة غدية شائكة، أو سرطانة غدية، في عنق الرحم، في المرحلة IIB، أو III، أو IVA، دون شمول العقد اللمفاوية جانب الأبهريّة.

كان تعداد الكريات البيض لدى المريضات أكثر من 3000 كرية/م³، وتعداد الصفائح أكثر من 100000 صفيحة/م³، مستوى الكرياتينين في المصل لا يزيد على 2 ملغ/دسل (177 ميكرومول/ل)، وقد كانت وظيفة الكبد ضمن الحدود الطبيعية.

تلقت جميع المريضات معالجة شعاعية حسب خطة علاجية دقيقة.

تم توزيع المريضات عشوائياً لتلقي إحدى أنظمة العلاج الكيميائي الثلاثة:

- المجموعة الأولى: تلقت 40 ملغ من السيسبلاتين/م² من مساحة سطح الجسم أسبوعياً لمدة 6 أسابيع.

- المجموعة الثانية: تلقت 50 ملغ من السيسبلاتين/م² في اليوم الأول والثاني، وأتبعته بـ 4 غ من الفلورويوراسيل/م² أعطيت بشكل تسريبي وريدي لمدة 96 ساعة في الأيام 1 و 2، و 2 غ من هيدروكسي يوريا الفموي/م² مرتين أسبوعياً لمدة 6 أسابيع.

- المجموعة الثالثة: أعطيت 3 غ من الهيدروكسي يوريا الفموي/م² مرتين أسبوعياً لمدة 6 أسابيع.



- ظهرت الأضداد لدى 10 مرضى في المصل والسائل
الدماعي الشوكي ضد بروتين عصبوني 40-kd .
- استخدمت هذه الأضداد لكشف المورثة Ma2 المسؤولة
عن صنع البروتين Ma2 الذي تم تمييزه في المصل لدى
المرضى العشرة، ولم يكشف في مصل الـ 344 شاهداً.
- تم إظهار Ma2 بشكل اصطفائي من قبل نسج الدماغ
السليمة والأورام الخصوية للمرضى.
- Ma2 يشابه Ma1 وهو مورثة سرطانية دماغية -خصوية
متعلقة بمتلازمات مصاحبة للورم وبأورام أخرى.
الخلاصة: إن مصل المرضى المصابين بعسر وظيفي قشري أو
جذع دماغي تحت حاد، وبسرطان خصية، يحتوي على أضداد
لبروتين كشف في النسيج الدماغي السليم وفي الأورام الخصوية.
ويرجع الكشف عن هذه الأضداد المنشأ المصاحب للورم
للاضطراب العصبي، مما يمكن أن يكون ذو أهمية تشخيصية.

مقارنة الإشعاع الحوضي المتزامن مع المعالجة الكيميائية بالإشعاع الحوضي حول الأبهري لعلاج سرطان عنق الرحم مرتفع الخطورة

Pelvic Radiation with Concurrent Chemotherapy
Compared with Pelvic and Para-Aortic Radiation for
High-Risk Cervical Cancer

N Engl J Med 1999; 340: 1137-43

هدف الدراسة: مقارنة فعالية المعالجة الإشعاعية لمنطقة الحوض
وما حول الأبهري مع فعالية المعالجة الإشعاعية للحوض المتزامنة
مع المعالجة الكيميائية بالفلورويوراسيل والسيسبلاتين لدى النساء
المصابات بسرطان عنق رحم متقدم.
طريقة الدراسة: أجريت الدراسة بين عامي 1990 و 1997 على
403 نساء مصابات بسرطان عنق رحم متقدم مقتصر على
منطقة الحوض، (في المرحلة 2 ب إلى 4 أ، أو المرحلة 1 ب أو
2 أ، مع ورم قطره 5 سم على الأقل، أو يشمل العقد اللمفاوية
الحوضية)، تم اختيار المريضات عشوائياً لتلقي المعالجة، حيث
عولجت المجموعة الأولى بـ 45 Gy من الأشعة على منطقة
الحوض والعقد اللمفاوية حول الأبهري.
وعولجت المجموعة الثانية بـ 45 Gy من الأشعة على منطقة
الحوض وحدها بالإضافة إلى دورتين من الفلورويوراسيل
والسيسبلاتين. أعطيت الدورة الأولى في الأيام من 1 إلى 5،
والثانية من اليوم 22 إلى 26 من المعالجة الإشعاعية، ثم تم
تطبيق جرعة بطيئة من الإشعاع داخل التجويف من مرة إلى

النتائج:

- شملت الدراسة 526 مريضة، وكانت مدة المتابعة 35 شهراً
وسطياً.
- كانت نسبة البقاء دون تقدم المرض أعلى في المجموعتين
اللتين تلقت فيهما المريضات السيسبلاتين مقارنة بالمجموعة التي
تلقت الهيدروكسي يوريا وحدها.
- كانت الخطورة النسبية لتقدم المرض أو الوفاة تعادل 0.57
في المجموعة الأولى، و0.55 في المجموعة الثانية، مقارنة
بالمجموعة الثالثة.
- كانت نسبة البقاء الكلية أعلى بشكل واضح لدى المجموعتين
الأولى والثانية مقارنة بالثالثة، مع خطورة نسبية للوفاة بقيمة
0.61 و0.58 على التوالي.
الخلاصة: إن أنظمة المعالجة التي تتضمن العلاج الشعاعي
والعلاج الكيميائي الذي يشمل السيسبلاتين، تحسن من نسبة
البقاء، والبقاء دون تقدم المرض، لدى الإناث المصابات بسرطان
عنق رحم متقدم موضعياً.

الواسم المصلي لالتهاب الدماغ القشري وجذع الدماغ، المصاحب للورم، لدى المرضى المصابين بسرطان خصية A Serologic Marker of Paraneoplastic Limbic and Brain-Stem Encephalitis in Patients with Testicular Cancer

N Engl J Med 1999; 340: 1788-95

خلفية الدراسة: يمكن أن تنشأ أعراض عسر وظيفي قشري
وجذع دماغي عن اضطراب مصاحب للورم لدى مرضى
السرطان، وأكثر ما يشاهد ذلك لدى المصابين بسرطان خصية،
وقد تم البحث عن أضداد للعصبونات يمكن أن تستخدم في
الاختبار التشخيصي لهذه المتلازمة.
هدف الدراسة: كشف الأضداد في المصل والسائل الدماغي
الشوكي باستخدام التقنيات الكيميائية النسيجية المناعية وتقنيات
التفشي المناعي immunoblotting.
طريقة الدراسة: تم المسح المصلي لسلسلة الدنا DNA المتممة،
وكذلك فحص Northern blotting لكشف المستضد الهدف،
وتحديد النسيج الحاوية عليه.
المجموعة المدروسة: أجريت الدراسة على 13 مريضاً مصاباً
بسرطان خصية والتهاب دماغ نظير ورمي قشري أو
جذع دماغي مصاحب للورم، أو الاثنين معاً، مع 344 شخصاً
كمجموعة شاهد.
النتائج:



أجريت المقابلات مع 189 مريضاً مصاباً بسرطانة غدية في المريء، و 262 مريضاً مصاباً بسرطانة غدية في فؤاد المعدة، ومع 167 مريضاً مصاباً بسرطانة شائكة الخلايا كشفت عرضاً في المريء، للمقارنة، ومع 820 حالة شاهد.

معايير الدراسة: تم تحديد معدلات الفرق باستخدام معامل كتلة الجسم BMI والحالة الموجهة للسرطان. وقد حددت معدلات الفرق للخطورة النسبية للسرطانتين الغديتين اللتين تمت دراستهما (حيث تم حسابها بواسطة التراجع النسبي المتعدد المتغيرات) بعد ضبط العوامل المؤثرة.

النتائج:

- توجد علاقة قوية تعتمد على الجرعة بين BMI والسرطانة الغدية للمريء.

- كان معدل الفرق المضبوط 7.6 في حال قيمة BMI الأعلى مقارنة

بال BMI الأدنى.

- بلغ معدل الفرق لدى الأشخاص البدنيين (BMI أكبر من 30 كغ/متر مربع) 16.2 مقارنة بالأشخاص النحفاء (BMI أقل من 22 كغ/متر مربع)

- كان معدل الفرق لدى المصابين بسرطانة غدية في الفؤاد يساوي 2.3 لدى الأشخاص ذوي BMI الرباعي الأعلى مقارنة بأولئك ذوي BMI الرباعي الأقل، و 4.3 لدى الأشخاص البدنيين.

- لا يوجد ارتباط بين السرطانة الشائكة الخلايا في المريء و معامل كتلة الجسم.

الخلاصة: يوجد ارتباط قوي بين معامل كتلة الجسم و السرطانة الغدية للمريء، و مازالت الآليات المسرطنة بحاجة إلى التوضيح. ويمكن أن يكون تزايد انتشار البدانة في البلدان الغربية هاماً في تفسير تزايد حدوث هذا الورم.

■ (أمراض نفسية)

الأعراض الاكتئابية تترافق بارتفاع نسبة الوفيات لدى الإناث المسنات

Depressive Symptoms Were Associated with Increased Mortality in Older Women

ACP Journal club 1999 May/June; 130 (3): 78

هدف الدراسة: معرفة ما إذا كان هناك علاقة بين الأعراض الاكتئابية والوفيات لدى الإناث المسنات.

مرتين مع الدورة الثالثة من العلاج الكيميائي المعد للإعطاء مع التطبيق الثاني داخل التجويف لدى مجموعة المعالجة المشتركة. النتائج:

- من بين 403 مريضات منتخبات للدراسة، أمكن تقييم حالة 193 امرأة في كل مجموعة.

- كان وسطي مدة المتابعة 43 شهراً.

- كانت النسب التصاعدية للبقيا خلال 5 سنوات 73% لدى المجموعة الثانية، و 58% لدى المجموعة الأولى.

- كانت النسب التصاعدية للبقيا غير المترافقة بأمراض خلال مدة 5 سنوات 67% لدى مرضى المجموعة الثانية، و 40% لدى مرضى المجموعة الأولى.

- كانت نسب الانتقالات البعيدة والنكوس الموضعية المحلية أعلى بشكل واضح لدى مرضى المجموعة الأولى.

- كانت خطورة التأثيرات الجانبية متماثلة لدى المجموعتين، مع ارتفاع نسبة التأثيرات الدموية لدى مرضى المجموعة الثانية.

الخلاصة: إن إضافة المعالجة الكيميائية باستخدام الفلورويوراسيل والسيسلاتين إلى المعالجة بإشعاع خارجي وإشعاع داخل التجويف تحسن بشكل كبير من البقيا لدى النساء المصابات بسرطان عنق رحم متطور موضعياً.

العلاقة بين كتلة الجسم

والسرطانة الغدية للمريء وفؤاد المعدة

Association between Body Mass and Adenocarcinoma of the Esophagus and Gastric Cardia

Ann Intern Med 1999;130:883-890

دوافع الدراسة: يتزايد حدوث السرطانة الغدية في المريء وفؤاد المعدة بشكل كبير ولأسباب مجهولة. وقد سجل ارتباط ضعيف ومتضارب بين معامل كتلة الجسم BMI والسرطانة الغدية للمريء وفؤاد المعدة.

هدف الدراسة: إعادة اختبار العلاقة بين BMI وتطور السرطانة الغدية للمريء وفؤاد المعدة.

طريقة الدراسة: دراسة موجهة شاملة معتمدة على الشريحة السكانية.

مكان الدراسة: السويد، من 1995 إلى 1997.

المجموعة المدروسة: كان المرضى الذين شخصت حالتهم حديثاً وأعمارهم أقل من 80 عاماً هم المؤهلين للدراسة. وقد تم اختيار مجموعة الشاهد بشكل عشوائي من السجل السكاني المتجدد بشكل دائم.



النتائج:

- النساء اللواتي ظهر لديهن 6 أعراض اكتئابية على الأقل كن على الغالب أكبر سناً، وغير متزوجات، وأقل ثقافة، وليس لهن نشاطاً فيزيائياً، ومدخنات، وحالتهم الصحية ضعيفة، ومصابات بأمراض عدة، وبحالة وظيفية سيئة، ووظيفة إدراكية متدنية.
- كان معامل كتلة الجسم BMI أكبر مما ظهر لدى الإناث اللواتي لديهن 5 أعراض اكتئابية على الأكثر.
- ازدادت الوفيات بين الإناث المصابات بـ 6 أعراض اكتئابية على الأقل مقارنة مع الإناث المصابات بـ 5 أعراض اكتئابية على الأكثر (24% مقابل 11%)، معدل الخطر المنظم حسب العمر (2.14).
- لم تتغير النتائج بعد ضبط العوامل المؤثرة.
- لدى الإناث ذوات الأعراض الاكتئابية ازدادت خطورة الوفاة بداء قلبي وعائي وبآفات غير سرطانية أو قلبية وعائية، وذلك بخلاف الوفاة بالسرطان.
- الخلاصة: تترافق الأعراض الاكتئابية لدى الإناث المسنات بتزايد نسبة الوفيات بجميع الأسباب، والوفيات بداء قلبي وعائي، والنتيجة عن داء قلبي وعائي وغير سرطاني.

المجموعة المدروسة وطريقة الدراسة: تمت هذه الدراسة في عدد من الولايات الأمريكية متشاركة مع دراسة الكسور الناتجة عن هشاشة العظام، واستمرت المتابعة لمدة 6 سنوات وسطياً. بلغ عدد النساء المشاركات بالدراسة 7518 من 9704 امرأة من خارج المشفى تجاوزت أعمارهن 65 عاماً وكان وسطي العمر 72 عاماً، وتم تجنيدهن بالاعتماد على قوائم السكان. قدرت عوامل الخطورة بتقييم الاكتئاب باستخدام مقياس الاكتئاب الشيخي Geriatric Depression Scale من النمط القصير، وكذلك تقييم أهم المتغيرات المؤثرة وهي: العمر والحالة الاجتماعية والحياة المنفردة والثقافة والتاريخ الطبي ووعي الحالة الصحية والتدخين وتعاطي المشروبات الكحولية وتناول مركبات البنزوديازيبين benzodiazepines والباربيتورات barbiturates ومدرات الثيازيد والإستروجين، ضغط الدم، النشاط الفيزيائي، معامل كتلة الجسم BMI، الدعم الاجتماعي، ووظيفة الإدراك (المعرفة).

كانت معايير النتيجة الرئيسية هي الوفاة المثبتة بشهادات الوفاة وسجلات المشفى، وقد قام باحث واحد تغاضى عن عوامل الخطورة بتصنيف سبب الوفاة.



أنشطة المجلس العربي للاختصاصات الطبية

خلال الفترة من 1999/7/1 لغاية 1999/10/15

اختصاص ولادة وأمراض نساء:

1. الامتحان الأولي :

جرى الامتحان الأولي لاختصاص ولادة وأمراض النساء يوم السبت الموافق في 2/ تشرين الأول - أكتوبر/ 1999 في تسعة مراكز امتحانية هي طرابلس، دمشق، دبي، جدة، بنغازي، بغداد، الرياض، الدوحة، الدمام، وقد تقدم للامتحان 150 طبيباً، نجح منهم 55 طبيباً، فكانت نسبة النجاح 36.6%

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
بغداد	1	0	0%
بنغازي	27	13	48.1%
جدة	13	6	46.15%
دمشق	30	12	40%
الدوحة	8	3	37.5%
الدمام	10	1	10%
دبي	13	3	23%
الرياض	19	10	52.6%
طرابلس	29	7	24.1%

2. الامتحان النهائي الكتابي:

جرى الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص ولادة وأمراض النساء بتاريخ /تشرين الأول - أكتوبر/ 1999 في ثمانية مراكز امتحانية هي طرابلس، دمشق، دبي، جدة، الرياض، الدوحة، الدمام، صنعاء وقد تقدم للامتحان 64 طبيباً، وقد تأهل منهم 25 طبيباً لدخول الامتحان السريري والشفوي، أي بنسبة 39%

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	المؤهلين	نسبة النجاح
جدة	17	5	29.4%
دمشق	10	4	40%
الدوحة	1	1	100%
الدمام	10	4	40%
دبي	2	1	50%
الرياض	13	4	30.8%
صنعاء	5	3	60%
طرابلس	6	3	50%

اختصاص طب الأطفال

1. اجتماع اللجنة التنفيذية:

اجتمعت اللجنة التنفيذية للمجلس العلمي لاختصاص طب الأطفال في دمشق بتاريخ 19/ آب أغسطس/ 1999م، وقد اتخذ في هذا الاجتماع العديد من القرارات منها:

- اعتماد تقرير رئيس المجلس العلمي لاختصاص طب الأطفال الأستاذ الدكتور هاني مرتضى عن أنشطة المجلس العلمي والمقدم في اجتماع الدورة التاسعة للهيئة العليا للمجلس العربي للاختصاصات الطبية.

- المصادقة على محضر اجتماع الدورة السادسة عشر للمجلس العلمي لاختصاص طب الأطفال والاطلاع على متابعة تنفيذ قرارات الدورة.

- الاطلاع على قرارات الدورة التاسعة العادية للهيئة العليا للمجلس العربي للاختصاصات الطبية المنعقدة في دمشق خلال الفترة 14-15/ نيسان - أبريل/ 1999م

- اعتماد نتائج الامتحانات الكتابية والسريية لدورة نوفمبر/ تشرين الأول/ 1998 ومايو 1999م والسريية لدورتي مارس 1999م وأغسطس 1999م.

- الموافقة على توصية لجنة الامتحانات والوثائق المتخذة في اجتماعها المؤرخ في 19/ أغسطس - آب/ 1999

- تأليف لجنة لتقويم قسم الأطفال في مستشفى البشير - عمان ومستشفى الأميرة رحمة بأربد في المملكة الأردنية الهاشمية.

- اعتماد أسماء المسجلين في المراكز الامتحانية للأعوام 1996-1997-1998

- تحديد مواعيد أنشطة المجلس العلمي لاختصاص طب الأطفال لعام 2000

2. الامتحان النهائي السريري والشفوي لاختصاص طب الأطفال:

جرى الامتحان السريري والشفوي لاختصاص طب الأطفال الدورة التاسعة عشر بتاريخ 14/ آب - أغسطس/ 1999م في دمشق وكان مجموع عدد المتقدمين: 36 طبيباً نجح منهم 18 طبيباً، أي أن نسبة النجاح العامة 50%.



اختصاص الأمراض الباطنة

1. اجتماع اللجنة التنفيذية

عقدت اللجنة التنفيذية للمجلس العلمي لاختصاص الأمراض الباطنة دورتها الخامسة في دمشق بتاريخ 10 سبتمبر / أيلول / 1999م، وقد حضر الاجتماع كل من الأساتذة:

الأستاذ الدكتور منصور النزهة: رئيس المجلس العلمي لاختصاص الأمراض الباطنة

الأستاذة الدكتورة سلوى الشيخ: نائب رئيس المجلس العلمي لاختصاص الأمراض الباطنة.

الأستاذ الدكتور ثابت محسن ناشر: مقرر المجلس العلمي.

الأستاذ الدكتور علي أكبر مراد: مقرر لجنة التدريب.

الأستاذ الدكتور صلاح الدين السنوسي قريو: مقرر لجنة الامتحانات.

كما حضر الاجتماع الأستاذ الدكتور مفيد الجوخدار الأمين العام للمجلس العربي للاختصاصات الطبية.

وقد تقرر ما يلي:

- اعتماد تقرير رئيس المجلس العلمي لاختصاص الأمراض الباطنة الأستاذ الدكتور منصور النزهة.

- المصادقة على محضر الدورة السابعة عشر للمجلس العلمي لاختصاص الأمراض الباطنة والاطلاع على متابعة تنفيذ القرارات.

- الاطلاع على توصيات المجلس العلمي الاستشاري والاطلاع على قرارات الدورة التاسعة لاجتماع الهيئة العليا للمجلس العربي للاختصاصات الطبية.

- اعتماد نتائج الامتحانات الأولية والنهائية الكتابية الجارية في ديسمبر 1998.

- اعتماد نتائج الامتحانات السريرية لدورة آذار في مركزي الرياض، وشباط في طرابلس، وأيلول في دمشق.

- اعتماد أسماء الممتحنين لاختصاص الأمراض الباطنة من خارج المجلس العلمي التالية أسماؤهم:

د. عبد العزيز القرين رئيس قسم الامراض الباطنة - مستشفى الملك فهد الجامعي - الخبر - المملكة العربية السعودية.

د. عمر إبراهيم أحمد عبود، د. عوض حامد راشد، د. عبد الرزاق الجبهاني، د. أحمد إبراهيم أحمد محمد مستشفى حمد الطبية - الدوحة - دولة قطر.

د. محمد سالم فرندج مقرر لجنة التدريب - المجلس الليبي للتخصصات الطبية - طرابلس - الجماهيرية الليبية

د. عبد الفتاح إبراهيم شعبان مقرر لجنة الامتحانات - المجلس

الليبي للتخصصات الطبية - طرابلس - الجماهيرية الليبية

د. أحمد محمد سولم أستاذ الأمراض الباطنة - جامعة العرب

الطبية - بنغازي - الجماهيرية الليبية

د. فيصل عبد الله القصبي أستاذ واستشاري الأمراض

الصدرية - جامعة الملك سعود - الرياض - السعودية

د. غازي المحروس مركز السلمانية الطبي - المنامة - دولة البحرين

د. نايف عبد الله الجامعة الأردنية، د. قنديل شاكر، د. يوسف

حمزة - الجامعة الأردنية عمان - المملكة الأردنية الهاشمية

- تحديد مراكز الامتحانات الكتابية لدورة ديسمبر 1999 وتسمية المشرفين عليها.

- تسمية لجان الامتحان السريري لدورة فبراير 2000 في الرياض وبغداد وطرابلس.

- اعتماد نتائج الامتحان الكتابي والسريري لاختصاص أمراض القلب والأوعية الدموية، شباط 1999.

- الاعتراف بقسم الأمراض الباطنة في مستشفى القديس

جورجيوس - الأشرافية / بيروت / والتابع للجامعة اللبنانية - لبنان.

- الاعتراف بقسم الأمراض الباطنة في مستشفى قوة الدفاع في دولة البحرين.

- اعتماد أسماء المسجلين لاختصاص الأمراض الباطنة خلال عامي 1998/1999

- تحديد مواعيد الأنشطة لعام 2000

2. لجنة الامتحانات:

اجتمعت لجنة الامتحانات لاختصاص الأمراض الباطنة يوم الأربعاء الموافق في 8 / سبتمبر - أيلول / 1999 في دمشق بحضور كل من الأساتذة:

الدكتور منصور النزهة: رئيس المجلس العلمي

الدكتورة سلوى الشيخ: نائب الرئيس

الدكتور صلاح الدين السنوسي قريو: مقرر لجنة الامتحانات

الدكتور علي أكبر مراد: عضوا

الدكتور مصطفى الشناق: عضوا

الدكتور سمير عطوى: عضوا

الدكتور نبيل شمس الدين: عضوا



السادة الأساتذة : الدكتور شوقي أمين، الدكتور أحمد ديب
دشاش، الدكتور صميم الدباغ، الدكتور علي الصبري، الدكتور
فيصل الناصر، الدكتور جمال الجار الله، الدكتور غسان حمادة
وقامت بما يلي:

1. وضع أسئلة الامتحانات الكتابية الأولية والنهائية
2. تحديد مواعيد ومراكز الامتحانات والمشرفين عليها
3. تسمية الممتحنين للامتحان السريري والشفوي
لاختصاص طب الأسرة الذي سيجري بتاريخ 12-
13/شباط - فبراير/ 2000 للمراكز التالية: أبو ظبي،
البحرين، جدة.

اختصاص الأمراض الجلدية والتناسلية

1. الامتحان الأولي لاختصاص الأمراض الجلدية
والتناسلية دورة أكتوبر / تشرين الأول:
عقد الامتحان الأولي بتاريخ 9/أكتوبر - تشرين
الأول/1999م في المراكز التالية: دمشق - الرياض - بغداد، وقد
تقدم للامتحان 29 طبيباً نجح منهم 18 طبيباً، فكانت نسبة النجاح
%62

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
بغداد	7	7	100%
دمشق	12	5	41%
الدوحة	10	6	60%

2. الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص الأمراض
الجلدية والتناسلية لدورة أكتوبر-تشرين الأول:
عقد الامتحان النهائي الكتابي بتاريخ 9/أكتوبر - تشرين
الأول/1999م في مركز دمشق، وقد تقدم للامتحان 21 طبيباً
نجح منهم 19 طبيباً، فكانت نسبة النجاح 90%.

3. الامتحان النهائي السريري والشفوي لدورة أكتوبر-
تشرين الأول:
عقد الامتحان السريري بتاريخ 10/أكتوبر - تشرين
الأول/1999م في مركز دمشق، وقد تقدم للامتحان 20 طبيباً
نجح منهم 16 طبيباً، فكانت نسبة النجاح 80%.

اختصاص الطب النفسي

كما حضر الاجتماع الأستاذ الدكتور مفيد الجوخدار الأمين
العام للمجلس العربي للاختصاصات الطبية والسيد صادق خباز
مدير مكتب المجلس.

1. تم الاطلاع على طلبات الأطباء المرسله إلى الأمانة العامة
للمجلس العربي للاختصاصات الطبية بغرض دراستها
وإقرار ما يلزم .
2. اعتماد ممتحنين للأمراض الباطنة من خارج المجلس العلمي
3. إحداث مراكز الامتحانات الكتابية والتي ستجري بتاريخ
1-2 ديسمبر /كانون الأول /1999 وتسمية المشرفين عليها
4. تشكيل لجان الامتحانات السريرية والتي ستجري في مركز
الرياض وبغداد وطرابلس وتحديد مواعيدها لعام 2000

3. الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الأمراض
الباطنة

عقد الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الأمراض
الباطنة في دمشق بتاريخ 4-5/سبتمبر-أيلول/1999 وقد تقدم
للامتحان المذكور 11 طبيباً نجح منهم 6 أطباء ممن حاز على
شهادة المجلس العربي لاختصاص الأمراض الباطنة أي أن نسبة
النجاح هي 54.5%.

4. الامتحان الكتابي لاختصاص امراض القلب والأوعية
تم وضع أسئلة الامتحان الكتابي لاختصاص امراض القلب
والأوعية والذي سيجري بتاريخ الاربعا 1 ديسمبر - كانون
الأول/1999.

اختصاص طب الأسرة والمجتمع

1. الامتحان السريري والشفوي لاختصاص طب المجتمع
اجتمعت اللجنة المؤلفة من الدكتور سعد حجازي والدكتور
شفيفة ناصر والدكتور علي صبري والدكتور أحمد ديب دشاش
يوم السبت الموافق في 24/7/1999م في مقر الأمانة العامة
للمجلس العربي للاختصاصات الطبية وذلك لتقييم وإجراء
الامتحان السريري والشفوي وكانت النتيجة هي نجاح الأطباء
الأربعة المتقدمين للامتحان المذكور ومنحهم شهادة المجلس
العربي لاختصاص طب المجتمع.

2. اجتماع لجنة الامتحانات لاختصاص طب الأسرة
والمجتمع:

اجتمعت لجنة الامتحانات لاختصاص طب الأسرة والمجتمع
خلال الفترة الواقعة 18-21/أيلول - سبتمبر/1999م بحضور



3. الامتحان السريري والشفوي لاختصاص التخدير والعناية المركزة

عقد الامتحان السريري والشفوي لاختصاص التخدير والعناية المركزة بتاريخ 20-21 / نوفمبر - تشرين الثاني في مركز دمشق وقد تقدم للامتحان 16 طبيباً نجح منهم 11 أي أن نسبة النجاح هي: 68.75%

اختصاص طب العيون وجراحاتها

1. الامتحان الأولي لاختصاص طب العيون وجراحاتها
جرى الامتحان الأولي لاختصاص طب العيون وجراحاتها بتاريخ 12/ أكتوبر - تشرين الأول / 1999م في مركزي دمشق وطرابلس، وقد تقدم للامتحان 38 طبيباً، نجح منهم 13 طبيباً، فكانت نسبة النجاح 34%.

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
طرابلس	5	3	60%
دمشق	33	10	30.3%

2. الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص طب العيون وجراحاتها

جرى الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص طب العيون وجراحاتها بتاريخ 12/ أكتوبر - تشرين الأول / 1999م في مركز دمشق، وقد تقدم للامتحان 23 طبيباً، نجح منهم 2 طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 52.17%.

3. الامتحان النهائي الشفوي لاختصاص طب العيون وجراحاتها

عقد الامتحان النهائي الكتابي والشفوي لاختصاص طب العيون وجراحاتها بتاريخ 13/ أكتوبر - تشرين الأول / 1999م في مركز دمشق، وقد تقدم للامتحان 12 طبيباً، نجح منهم 8 أطباء ممن حمل شهادة الاختصاص في طب وجراحة العيون، فكانت نسبة النجاح 66.66%.

اختصاص الأذن والأنف والحنجرة والرأس والعنق وجراحاتها

1- الامتحان الأولي :

جرى الامتحان الأولي لاختصاص الأذن والأنف والحنجرة والرأس والعنق وجراحاتها بتاريخ 5/ سبتمبر - أيلول / 1999م،

1. الامتحان الأولي لاختصاص الطب النفسي دورة أكتوبر-تشرين الأول:

جرى الامتحان الأولي لاختصاص الطب النفسي بتاريخ 2/ أكتوبر-تشرين الأول/ 1999م في ثلاثة مراكز امتحانيه هي: أبوظبي، بغداد، دمشق، وقد تقدم للامتحان 17 طبيباً، نجح منهم 9 أطباء، فكانت نسبة النجاح 52.9%

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
بغداد	6	3	50%
أبوظبي	10	6	60%
دمشق	1	0	0%

2. الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص الطب النفسي دورة أكتوبر / تشرين الأول /:

جرى الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص الطب النفسي بتاريخ 2/ أكتوبر-تشرين الأول/ 1999م في مركز أبوظبي وقد تقدم للامتحان المذكور تسعة أطباء نجحوا جميعاً أي أن نسبة النجاح هي 100%

3. الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الطب النفسي دورة أكتوبر / تشرين الأول /:

جرى الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الطب النفسي بتاريخ 3-4 / أكتوبر-تشرين الأول/ 1999م في مركز أبوظبي وقد تقدم للامتحان المذكور 11 طبيباً نجح منهم عشرة أطباء أن نسبة النجاح هي 90.9%

اختصاص التخدير والعناية المركزة

1. الامتحان الأولي لاختصاص التخدير والعناية المركزة
جرى الامتحان الأولي بتاريخ 12/ سبتمبر - أيلول / 1999م في مركزي دمشق والرياض، وقد تقدم للامتحان 20 طبيباً، نجح منهم 9 طبيباً، فكانت نسبة النجاح 45%.

2. الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص التخدير والعناية المركزة

جرى الامتحان النهائي الكتابي التخدير والعناية المركزة بتاريخ 12 / سبتمبر - أيلول / 1999م في مركزي دمشق والرياض، وقد تقدم للامتحان 18 طبيباً، نجح منهم 10 أطباء، فكانت نسبة النجاح 56%.



مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
دمشق	11	9	81.8%
الرياض	2	1	50%

في أربعة مراكز امتحانيه دمشق الرياض بغداد بنغازي.
تقدم للامتحان الأولي 60 طبيباً نجح منهم 51 طبيباً أي أن نسبة النجاح هي 85%.

مركز الامتحان	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
بغداد	24	22	91.6%
بنغازي	5	3	60%
دمشق	22	17	77%
الرياض	9	9	100%

اختصاص جراحة الفم والوجه والفكين

1. اجتماع لجنة الامتحانات

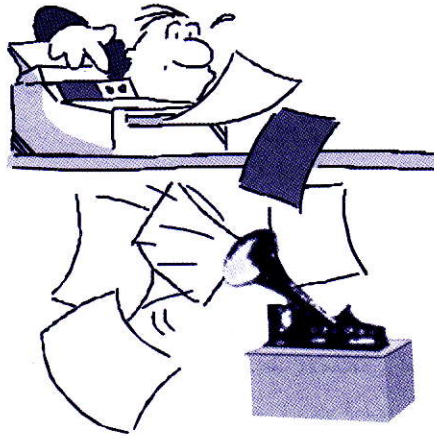
اجتمعت لجنة الامتحانات لاختصاص جراحة الفم والوجه والفكين بتاريخ 14-15/آب - أغسطس/1999م، وذلك لوضع أسئلة الامتحان الأولي دورة أكتوبر-تشرين الأول.

2. الامتحان الأولي:

جرى الامتحان الأولي لاختصاص جراحة الفم والوجه والفكين بتاريخ 2/أكتوبر-تشرين الأول/1999م في مركز دمشق تقدم للامتحان المذكور 12 طبيباً نجح منهم طبيبين أي أن نسبة النجاح هي 16.66%.

2. الامتحان النهائي الكتابي الدورة الثانية

عقد الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص الأذن والأنف والحنجرة والرأس والعنق وجراحاتها بتاريخ 5/أيلول سبتمبر/1999م في مركزين امتحانيين دمشق، الرياض . تقدم للامتحان المذكور 13 طبيباً نجح منهم 10 أطباء أي أن نسبة النجاح هي 76%.



خريجو المجلس العربي للاختصاصات الطبية

من 7/1 إلى 15/10/1999م

- الهام جمعة اللواتي (9)
حمدة ابراهيم أسد الانصاري (10)
عايدة محمد أحمد الصالح (10)

اختصاص طب العيون

- وليد زهير الجلاذ (1)
عماد الدين بالطو (5)
فائز الشكرجي (8)
عماد صالح حسن (8)
فريد عبد المحسن ورد (8)
خليل ابراهيم حمد (8)
فادي كالوتي (8)
هدى صالح المهدي (10)

اختصاص الأمراض الباطنة

- حسن محمد سعيد ناصر (5)
عبد العزيز رداد حامد الحارثي (5)
نفيسة محمد أحمد عبد الماجد (5)
طارق فتحي ناصر (7)
خالد العمر (7)
امال مفتاح شرمذو (13)

اختصاص طب الأطفال

- أحمد محمد عبد الله مطر (5)
نورة عبد الله عبد الرحمن الختلان (5)
ابنسام محمد صالح الضلعان (5)
مي نايف عون البركاتي (5)
سميرة صالح يحيى أدهم (5)
نورة حمد عبد الرحمن الخرجي (5)
حسن صالح سليمان العريني (5)
عفاف حسين سعد الحسين (5)
غرم الله عيد صالح أبو صميد الغامدي (5)
محمد مصدق (5)
أسامة السيد رزق العاصي (5)
سعد قاسم محمد خوش حال (5)
بسام فايز محفوظ (7)
صالح محمد علي صادقة (7)
عبد الله شاكر البرجس (7)
لمى علي عمران (7)
غسان محمود سليلو (7)
أمنة ودداد أحمد نصوف (13)

اختصاص الأمراض الجلدية و التناسلية

- عبد الله ابراهيم عبد العزيز السماري (5)
ابراهيم عبد الرحمن الحقييل (5)
سامي ناصر محمد السويدان (5)
إيمان محمد صدقة كركشان (5)
حنان محمد سعيد جوهري (5)
خالد محمد عوين العبود (5)
خالد علي الهوساوي (5)
ليلى محمد سالم البطاطي (5)
منال الصباغ (7)
نضير أحمد مطلوب (8)
نمير كريم قاسم (8)
محسن عبد الحسين عبد الأمير (8)
زياد ابراهيم عبد الغفور يوسف (8)

1: المملكة الأردنية الهاشمية

2: الإمارات 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



الأنشطة المتوقعة للمجلس العربي للاختصاصات الطبية

- 99/10/2: الامتحان الأولي والنهائي الكتابي لاختصاص الولادة وأمراض النساء.
- 99/10/2: امتحان الجزء الأول لاختصاص جراحة الفم والوجه والفكين.
- 99/10/3-2: الامتحان الأولي والنهائي الكتابي لاختصاص الطب النفسي في مركزي أبو ظبي ودمشق.
- 99/10/4-3: الامتحان السريري لاختصاص الطب النفسي في دولة الامارات.
- 99/10/10-9: الامتحان الأولي والنهائي الكتابي لاختصاص الأمراض الجلدية.
- 99/10/11-9: اجتماع لجنة الامتحانات لاختصاص طب العيون.
- 99/10/12: الامتحان الأولي لاختصاص طب العيون وجراحتها.
- 99/10/14-13: الامتحان النهائي (الشفوي) لاختصاص طب العيون وجراحتها.
- 99/10/22-20: الاجتماع الثاني عشر لجمعية البحر المتوسط لأمراض القلب والجراحة القلبية.
- 99/10/23: اجتماع لجنة تصحيح أسئلة امتحانات الولادة وأمراض النساء.
- 99/11/7: الامتحان الأولي والنهائي الكتابي لاختصاص الجراحة العامة والجراحة العظمية والبولية.
- 99/11/25-20: الامتحان السريري والشفوي لاختصاص التخدير والعناية المركزة واجتماع لجنة الامتحانات لاختصاص التخدير.
- 99/11/29-26: تقييم قسم جراحة الفم والوجه والفكين في م.القوات المسلحة-الرياض.
- 99/11/28-27: الامتحان السريري لاختصاص الولادة وأمراض النساء في بغداد-دمشق - والىاض.
- 99/11/29: الامتحان الأولي لاختصاص طب الأطفال.
- 99/11/30: الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص طب الأطفال.
- 99/12/2-1: الامتحان الأولي والنهائي الكتابي لاختصاص الأمراض الباطنة.
- 99/12/2-1: الامتحان السريري لاختصاص الجراحة العامة في مركز الرياض.
- 99/12/2-1: الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الأذن والأنف والحنجرة.
- 99/12/4: الامتحان الكتابي لاختصاص طب الأسرة والمجتمع.
- 99/12/4: الامتحان السريري لاختصاص الولادة وأمراض النساء في طرابلس.
- 99/12/9-8: اجتماع الدورة الأولى للمجلس العلمي لاختصاص طب الطوارئ.
- 99/12/12-11: اجتماع المجلس العلمي لاختصاص جراحة الفم والوجه والفكين.
- 2000/1/16 - 15: الامتحان السريري لاختصاص الجراحة العامة في مركز بغداد.
- 2000/2/13-12: الامتحان السريري لاختصاص طب الأسرة في البحرين وجدة والامارات.
- 2000/3/2 - 2/26: الامتحان السريري لاختصاص طب الأطفال في الرياض.
- 2000/3/1 - 2/26: الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الأمراض الباطنة في الرياض.
- 2000/3/27-25: الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الأمراض الباطنة في طرابلس.
- 2000/4/4-1: الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الأمراض الباطنة في بغداد.
- 2000/4/4-1: اجتماع لجنة الامتحانات لاختصاص طب العيون وجراحتها.







Journal Of The Arab Board Of Medical Specializations

A Medical Journal Encompassing All Medical Specializations

Issued Quarterly

Contents

EDITORIAL

Moufid Jokhadar, M.D.

Editor- In- Chief, Secretary General of the Arab Board of Medical SpecializationsP 97

ORIGINAL ARTICLES

Transplacental Passage of IgG as a Possible Factor in Pregnancy Loss and Initiation of Labor

Kais Kubba, M.D.; Khalida Al-Moussawi, M.D.; Huda Al-Ani, M.D.P 92

Wegener's Granulomatosis and Lethal Midline Granuloma

Salah Mansour, M.D.; Antoine Nehme, M.D.; Nabil Moukarzel, M.D.;
Fady G Yammine, M.D.; Alain Moukeiber, M.D.P 88

Vaginal Bleeding in Children: A 6-Year Study in Jordan

Abed Alnabi Al-Bdour, M.D. and Salem Al-Rohani, M.D.P 85

Osman M.El Mustafa M.D.P 82

Radical Cystectomy and Orthotopic Urinary Substitution
Ibrahim Barghoth, M.D.P 81

Postmenopausal Bleeding in Libya: A Study of Predisposing Factors and Associated Pathology
Fariha M.Buzghia, M.D.P 70

The Causative Organisms of Otomycosis in Sudanese Patients
Osman M.EL Mustafa, M.D.; Nafisa El Mahi AhmedP 67

CASE REPORT

Congenital Bronchial Atresia: A Rare Anomaly Which Can be Mistaken for a Bronchogenic Tumor

Khalid M. Al- Daoud M.D.P 64

THE ARABIC MEDICAL HERITAGE

.....P 63

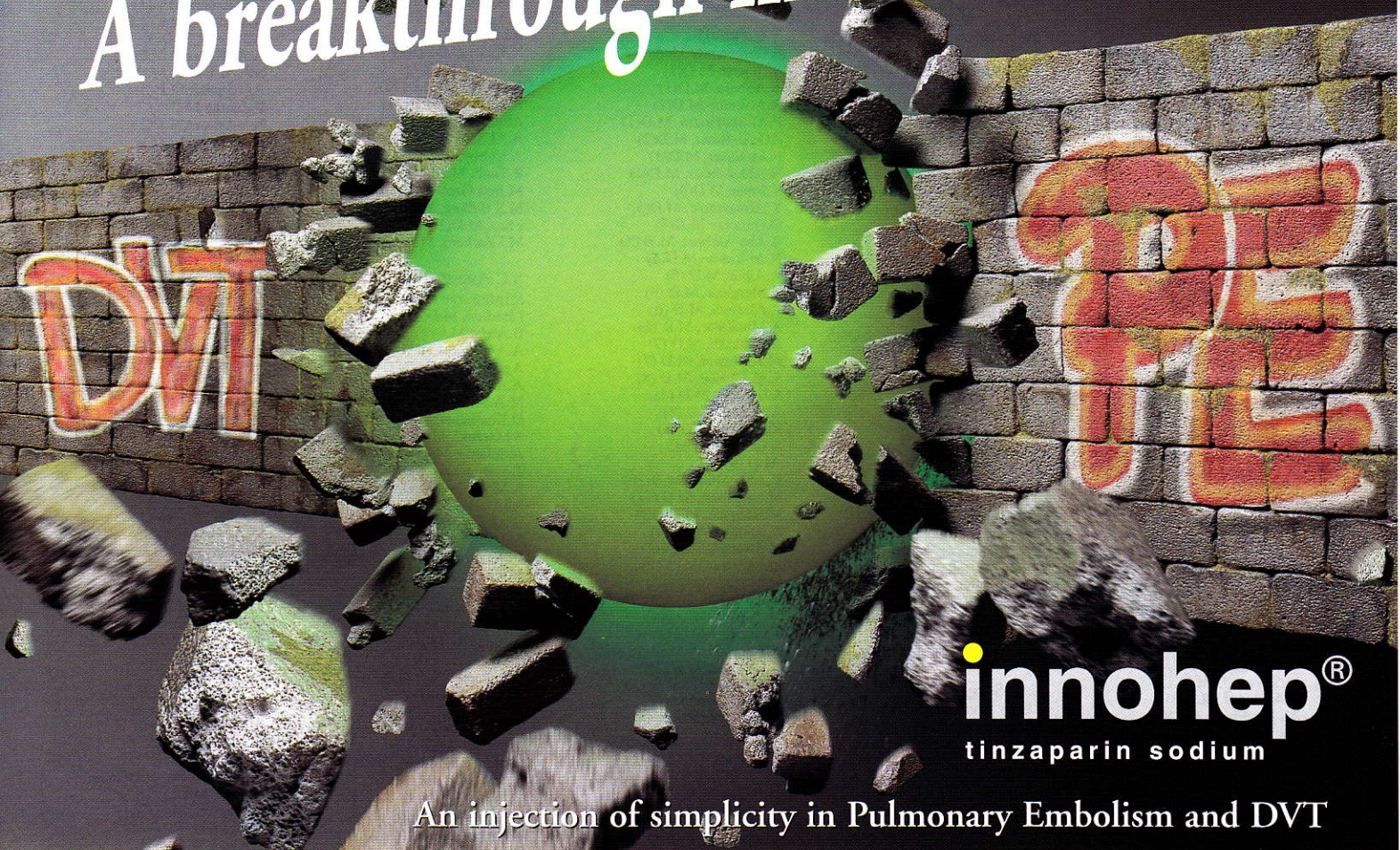
SELECTED ABSTRACTS

.....P 62

NEWS & ACTIVITIES OF THE ARAB BOARD OF MEDICAL SPECIALIZATIONS

.....P 15

A breakthrough in PE & DVT



innohep[®]
tinzaparin sodium

An injection of simplicity in Pulmonary Embolism and DVT

Now, for the very first time, a low molecular weight heparin has received a licence for the treatment of PE. This means that instead of having to give patients a continuous i.v. infusion of unfractionated heparin, you can simply give them a once-daily injection of innohep, which is just as effective,¹ but without the drawbacks of having to maintain an intravenous line.

innohep is the only truly once-daily treatment for PE and DVT, and is also available as variable-dose syringes for added convenience and simplicity.

innohep[®] Anticoagulant. Tinzaparin sodium. **Vials of 2 ml** Tinzaparin sodium 10,000 anti-Xa IU/ml, preserved with benzyl alcohol. Tinzaparin sodium 20,000 anti-Xa IU/ml, preserved with benzyl alcohol, stabilized with sodium bisulphite. **Syringe of 0.35 ml or 0.45 ml** Tinzaparin sodium 10,000 anti-Xa IU/ml. **Graduated syringe of 0.50 ml, 0.70 ml or 0.90 ml** Tinzaparin sodium 20,000 anti-Xa IU/ml stabilized with sodium bisulphite. **Properties** Tinzaparin sodium is a low molecular weight heparin produced by enzymatic depolymerization of conventional heparin. The molecular mass is between 1,000 and 14,000 dalton, with a peak maximum molecular mass of approx. 4,500 dalton. Tinzaparin sodium is an anti-thrombotic agent. Innohep has a bioavailability of about 90% following subcutaneous injection. The absorption half-life is 200 minutes, peak plasma activity being observed after 4-6 hours. The elimination half-life is about 80 minutes. Tinzaparin sodium is eliminated, primarily with the urine, as unchanged drug. The pharmacokinetics/pharmacodynamics of Innohep are monitored by anti-Xa activity. There is a linear dose-response relationship between plasma activity and the dose administered. The biological activity of Innohep is expressed in anti-Xa international units. **Indications** Treatment of deep-vein thrombosis and pulmonary embolism. Prevention of postoperative deep-vein thrombosis in patients undergoing general and orthopaedic surgery. Prevention of clotting in in-dwelling intravenous lines for extracorporeal circulation and haemodialysis. **Dosage Treatment of DVT and PE:** The recommended dose is 175 anti-Xa IU/kg body-weight s.c. once daily. **Thromboprophylaxis in patients with moderate risk of thrombosis (general surgery):** On the day of operation 3,500 anti-Xa IU s.c. until 2 hours before surgery and postoperatively once daily 3,500 anti-Xa IU for 7-10 days. **Thromboprophylaxis in patients with high risk of thrombosis (e.g. total hip replacement):** On the day of operation 50 anti-Xa IU/kg body-weight s.c. until 2 hours before surgery and then once daily until the patient has been mobilized. **For short-term haemodialysis (less than 4 hours):** A bolus dose of 2,000-2,500 anti-Xa IU into the arterial side of the dialyser (or intravenously) at the beginning of dialysis. **Long-term haemodialysis (more than 4 hours):** A bolus dose of 2,500 anti-Xa IU into the arterial side of the dialyser (or intravenously) at the beginning of dialysis, followed by an infusion of 750 anti-Xa IU/hour. Dose adjustment: Increase or decrease of the bolus dose, if required, can be made in steps of 250-500 anti-Xa IU until a satisfactory response is obtained. **Overdose** An overdose of Innohep may be complicated by haemorrhage. At recommended doses there should be no need for an anti-

dote, but in the event of accidental administration of an overdose, the effect of Innohep can be reversed by intravenous administration of 1% protamine sulphate solution. The dose of protamine sulphate required per neutralization should be accurately determined by titrating with the plasma of the patient. As a rule, 1 mg of protamine sulphate neutralizes the effect of 100 anti-Xa IU of tinzaparin. **Adverse effects** Innohep is safe with regard to bleeding risks, when applied at the doses recommended, provided that patients with increased bleeding potential (bleeding disorders, severe thrombocytopenia) are excluded or treated with special care. **Contraindications** Known hypersensitivity to any of the constituents. The 20,000 anti-Xa IU/ml formulation of Innohep contains sodium bisulphite, which may cause allergic reactions, including anaphylaxis in predisposed patients. In the remaining formulations without sulphite, this risk does not exist. Other contraindications are generalized or focal haemorrhagic tendency. Uncontrolled severe hypertension. Acute cerebral insults. Septic endocarditis. **Special precautions** Innohep should be given with caution to patients with renal or hepatic insufficiency. In such cases a dose reduction should be considered. Innohep should not be administered by intramuscular injection due to risk of local haematoma formation. **Interactions** Concomitant administration of other drugs affecting haemostasis, e.g. vitamin K antagonists and dextran, may enhance the anticoagulant effect of Innohep. **Use during Pregnancy and Lactation** Only limited clinical documentation is available on Innohep so far, and there has been no evidence of adverse reactions in animal models. No transplacental passage of Innohep was found (assessed by anti-Xa and anti-IIa activity) in patients given doses of 30-40 anti-Xa IU/kg in the second trimester of pregnancy. It is not known whether Innohep is excreted in breast milk. **Incompatibilities** Innohep is compatible with isotonic sodium chloride (9 mg/ml) or isotonic glucose (50 mg/ml). It should not be admixed with other infusion fluids. LEO PHARMACEUTICAL PRODUCTS - BALLERUP - DENMARK 11/97

Reference

1. Simonneau G et al.
N Engl J Med 1997; 337:
663-669.
Code No. XXXX



LEO PHARMACEUTICAL PRODUCTS SARATH LTD.
224, SYNGROU AVENUE, 176 72 KALLITHEA, ATHENS, GREECE
TEL: 9565 200, TLX: 225230 LEOS GR, ATHENS, FAX: 9578 491
www.leo-pharma.com

Advisory Board

S.C. Pediatrics

Ak. Al-Kudat, M.D(1)
AK. Aal-Shama'ela, M.D(1)
SG. Al-Fao'ri, M.D(1)
MO. Al-Rwashdeh, M.D(1)
Aa. Al-Khe'at, M.D(2)
M. Fathalla, M.D(2)
Y. Abdulrazak, M.D(2)
A. M. Muhamed, M.D(3)
Aj. AL-Abbasi, M.D(3)
AH. Al-A'modi, M.D(5)
Am. Al-Swailem, M.D(5)
Ar. Al-Frayh, M.D(5)
KHE. Al-mran, M.D(5)
Al. Al-Frae'di, M.D(5)
M. Y. Yakupjan, M.D(5)
J. Bin O'of, M.D(6)
MS. Al-h. Abdulsalam, M.D(6)
M. Abdulmajeed Hasan, M.D(6)
H. M. Ahmad, M.D(6)
H. Murtada, M.D(7)
Z. Shwaki, M.D(7)
H. Horani, M.D(7)
I. Al-Naser, M.D(8)
Ag. Al-Rawi, M.D(8)
H. D. Al-Jermokli, M.D(8)
ND. Al-Roznamji, M.D(8)
S. Al-Khusaibi, M.D(9)
G. M. Aalthani, M.D(10)
K. Al. Al-Saleh, M.D(11)
M. Helwani, M.D(12)
R. Mekha'eel, M.D(12)
M. Mekati, M.D(12)
K. Akatsharyan, M.D(12)
A. Bin. Mousa, M.D(13)
A. H. Asmeda, M.D(13)
Al. Sha'baan, M.D(13)
J. Ah. Otman, M.D(14)
A. M. Al-Shafe'i, M.D(16)

S.C. Internal Medicine

M. Shennak, M.D(1)
M. S. Ayoub, M.D(1)
A. A. Murad, M.D(3)
Ah. Bin. Mu'az, M.D(4)
AB. Makneni, M.D(4)
S. Ag. Mera, M.D(5)
FAA. Al-Mhan'na, M.D(5)
H. Y. Idressi, M.D(5)
I. Altua'ami, M.D(5)
M. S. Abshar, M.D(6)
O. Khalafallah Sa'eed, M.D(6)
J. Daf'allah, M.D(6)
M. Azhari, M.D(6)
S. Al-She'kh, M.D(7)
L. Fahdi, M.D(7)
A. Sa'da, M.D(7)
A. Darwish, M.D(7)
Z. Darwish, M.D(7)
MM. Zada, M.D(7)
R. Rawi, M.D(8)
N. Iss'a, M.D(7)
S. Krekor Strak, M.D(8)
Kh. Abdullah, M.D(8)
K. G. Alkhayat, M.D(8)
G. Zbaidi, M.D(9)
B. Al-reyami, M.D(9)
S. Alka'bi, M.D(10)
B. Alnakeeb, M.D(11)
N. Shams Aldeen, M.D(12)
S. Atwa', M.D(12)
S. Mallat, M.D(12)
G. Al-Ha'g, M.D(12)
R. Shaheen, M.D(12)
A. Geryani, M.D(13)
SD. Sanusi Kario, M.D(13)
T. Alshafah, M.D(13)
I. M. Khuder, M.D(14)
F. Al-Nawawe, M.D(14)
A. Abd-Almu'ty, M.D(14)
AH. Abaza', M.D(14)
Aa. Banani, M.D(15)
AK. Al-kholany, M.D(16)
Th. Muhsen Nasher, M.D(16)
M. Alhreabi, M.D(16)

S.C. Obstetric & Gynecology

Aa. Tessa, M.D(1)
M. Amro, M.D(1)
A. Batayneh, M.D(1)
M. Ishak, M.D(1)
M. Shoukfeh, M.D(2)
KH. Rajb, M.D(3)
A. Alshafi'e, M.D(3)
H. Alshelli, M.D(4)
Aa. Almushari, M.D(5)
M. H. Al-Sba'i, M.D(5)
S. Al-Ouda', M.D(5)
Aa. Basalama, M.D(5)
O. H. Alharbi, M.D(5)
Alk. Abdulrahcem, M.D(6)
H. Abdulrahman, M.D(6)
O. A. Mergni, M.D(6)
M. A. Abu Salab, M.D(6)
M. Anwar Farra, M.D(7)
S. Shekha, M.D(7)
B. Naseef, M.D(7)
A. H. Youssef, M.D(7)
I. Hak'e, M.D(7)
K. Kubbeh, M.D(8)
S. Khondah, M.D(8)
N. B. Kattan, M.D(8)
N. S. Alameen, M.D(8)
S. Sultan, M.D(9)
H. Altamimi, M.D(10)
A. Abdalkader, M.D(10)
AR. Aladwani, M.D(11)
J. Aboud, M.D(12)
G. Alhaj, M.D(13)
M. Alkennin, M.D(13)
A. O. E'kra, M.D(13)
I. A. Almntaser, M.D(13)
A. A. Khalafallah, M.D(14)
A. H. Badawi, M.D(14)
M. R. Alshafe'e, M.D(14)
A. H. Askalani, M.D(14)
Sh. M. Massah, M.D(16)
M. Alkbat, M.D(16)

S.C. Surgery

I. Bany Hany, M.D(1)
M. Nessair, M.D(1)
A. Srougeah, M.D(1)
A. A' l-Sharaf, M.D(2)
A. Abdulwahab, M.D(3)
M. Howesa, M.D(4)
Y. Gamal, M.D(5)
M. Alsalmam, M.D(5)
AL. Al-Arfag, M.D(5)
N. Alawad, M.D(5)
A. Mfte, M.D(5)
M. Abdalah, M.D(6)
H. Khalafalh, M.D(6)
O. Otman, M.D(6)
A. Mousa'ed, SM.D(6)
A. Imam, M.D(7)
M. Abdalhad, M.D(7)
S. Al-kabane, M.D(7)
S. Sama'an, M.D(7)
E. Ogaale, M.D(7)
O. Al-ma'moun, M.D(7)
M. F. Al-Shami, M.D(7)
M. Z. Al-Shama'a, M.D(7)
M. Salman, M.D(8)
S. Saleh, M.D(8)
H. Dure, M.D(8)
S. Mak'e, M.D(8)
M. Allwate, M.D(9)
M. Harame, M.D(10)
A. Bahbahane, M.D(11)
M. Mne'a, M.D(11)
P. Farah, M.D(12)
G. Alabass, M.D(12)
K. Hamadah, M.D(12)
J. Abdunour, M.D(12)
A. F. Ahtush, M.D(13)
A. Makhilouf, M.D(13)
A. Moussa, M.D(13)
A. S. Hammam, M.D(14)
A. F. Bahnasy, M.D(14)
I. A. Sae'ed, M.D(14)

A. Ma'ouny, M.D(15)
M. Al-kata'a, M.D(16)
A. Sadi, M.D(16)
A. Hreabe, M.D(16)

S.C. Family & Community Medicine

S. Hegazi, M.D(1)
A. Abbass, M.D(1)
R. Al-kutub, M.D(1)
F. Al-Shakhatra, M.D(1)
AG. Al-Hawi, M.D(2)
F. Al-Naser, M.D(3)
N. Ald. Ashour, M.D(4)
S. Saban, M.D(5)
Y. Almazrou'e, M.D(5)
G. Garallah, M.D(5)
B. Aba Alkheal, M.D(5)
N. Al-krashe, M.D(5)
A. Albar, M.D(5)
K. Mergane, M.D(6)
A. Alta'eeb, M.D(6)
A. Moukhtar, M.D(6)
A. Dashash, M.D(7)
M. Al-Sawaf, M.D(7)
S. Al-Obaide, M.D(8)
S. Dabbag, M.D(8)
A. Neaze, M.D(8)
K. Habeeb, M.D(8)
A. G. Mouhamad, M.D(9)
Y. Abo-Alfain, M.D(10)
M. Sarakhoh, M.D(11)
M. Khogale, M.D(12)
N. Karam, M.D(12)
H. Awadah, M.D(12)
M. Bakoush, M.D(13)
M. Mu'afa, M.D(13)
O. Al-Sudani, M.D(13)
Sh. Nasser, M.D(14)
N. Kamel, M.D(14)
F. Nouraldeen, M.D(15)
G. Gawood, M.D(15)
I. Abdulsalam, M.D(15)
A. Bahatab, M.D(16)
A. Sabri, M.D(16)

S.C. Psychiatry

G. Kurdan, M.D(1)
M. Abo-Danon, M.D(1)
N. Abu Hagleh, M.D(1)
T. Daradkeh, M.D(2)
A. M. Matar, M.D(3)
M. Alhafany, M.D(4)
A. Sba'ei, M.D(5)
KH. Al-Koufly, M.D(5)
A. Edrise, M.D(6)
T. Ba'sher, M.D(6)
D. Abubaker, M.D(6)
Abd. Al-Fak'y, M.D(5)
W. Faham, M.D(7)
H. Khure, M.D(7)
A. Gaderi, M.D(8)
R. Azawi, M.D(8)
T. Khamas, M.D(8)
S. Mana'ei, M.D(10)
M. Khani, M.D(12)
S. Badura, M.D(12)
F. Antun, M.D(12)
Y. Rekhawi, M.D(14)
S. Al-Rashed, M.D(14)
AH. Al-aryani, M.D(16)

S.C. Dermatology

M. Sharaf, M.D(1)
Y. Damen, M.D(1)
I. Keldari, M.D(2)
Kh. Areeed, M.D(3)
M. Kamun, M.D(4)
A. Abdraboh, M.D(5)
O. Al-Shekh, M.D(5)
A. Al-trki, M.D(5)
A. Al-Muhandes, M.D(5)
O. Taha, M.D(6)
B. Ahmed, M.D(6)
Kh. Allub, M.D(7)

S. Dawood, M.D(7)
A. Hussien, M.D(7)
H. Sleman, M.D(7)
H. Anbar, M.D(8)
Z. Agam, M.D(8)
B. Mageed, M.D(8)
N. Kusemy, M.D(8)
A. Sweid, M.D(9)
H. Abdallah, M.D(10)
K. Al-Saleh, M.D(11)
Abd. Al-Fawzan, M.D(11)
A. Al-Se'f, M.D(11)
A. Kubby, M.D(12)
R. Tanb, M.D(12)
M. Ben Gzel, M.D(13)
M. S. Balhag, M.D(13)
I. Sas, M.D(13)
M. I. Zarkani, M.D(14)

S.C. Anesthesia

& Intensive Care
I. Badran, M.D(1)
B. Ate'at, M.D(1)
A. Amrou, M.D(1)
Ag. Kouhaji, M.D(3)
A. Al-gamedy, M.D(5)
M. A. Seraj, M.D(5)
D. Khudhairi, M.D(5)
S. Marzuki, M.D(5)
A. Salama, M.D(6)
T. Mahmoud, M.D(6)
K. Mobasher, M.D(6)
Ak. Da'da', M.D(7)
B. Al-a'bed, M.D(7)
F. Assaf, M.D(7)
B. Berzanji, M.D(8)
M. Rejabi, M.D(8)
Ar. Kattan, M.D(11)
H. Abdulfattah, M.D(11)
M. Mu'alem, M.D(12)
A. Barakeh, M.D(12)
M. Antaky, M.D(12)
G. Bshareh, M.D(12)
H. Aga'g, M.D(13)
A. Al-Shareef, M.D(13)
AH. Al-fla'h, M.D(13)
Am. Taha, M.D(14)
M. H. Mahmoud, M.D(14)
Y. Al-Hra'by, M.D(16)

S.C. Ophthalmology

N. Sarhan, M.D(1)
G. Jeoussi, M.D(1)
M. Al-Salem, M.D(1)
A. Ahmed, M.D(3)
A. Wartani, M.D(4)
Kh. Tab'ara, M.D(5)
A. Sisi, M.D(5)
M. A' l-Faran, M.D(5)
A. Al-Awady, M.D(5)
Ar. Gadyan, M.D(5)
K. Abdallah, M.D(6)
T. Abdellatif, M.D(6)
S. Kh. Thabet, M.D(6)
H. Al-Shekh, M.D(6)
J. Fatuoh, M.D(7)
R. Saa'ed, M.D(7)
A. Admeh, M.D(7)
M. Al-Khesheh, M.D(7)
M. Al-khe'at, M.D(7)
I. Fara'h, M.D(7)
O. Al-yakoubi, M.D(8)
M. Al-Khesheh, M.D(8)
M. Sleman, M.D(8)
Ah. Lawaty, M.D(9)
F. Kahtany, M.D(10)
A. Alabed-Alrazak, M.D(11)
B. Noural-Deen, M.D(12)
G. Ble'k, M.D(12)
A. Khouri, M.D(12)
I. Aboud, M.D(12)
Nd. Shishko, M.D(13)
S. Feture, M.D(13)
M. Bin-A'amer, M.D(13)
H. Alz. Hassan, M.D(14)

S.C. ENT, Head & Neck Surgery

M. Ma'eteh, M.D(1)
M. Alomare, M.D(1)
AA. Al-noa'cme, M.D(2)
A. Jammal, M.D(3)
A. Al-Khdeem, M.D(4)
AA. Al-Dkha'l, M.D(5)
Am. Sheikh, M.D(5)
F. Zahran, M.D(5)
AA. Ashour, M.D(5)
A. Sarhani, M.D(5)
Ak. Alhadi, M.D(6)
O. Moustafa, M.D(6)
G. Nur, M.D(6)
A. Hajar, M.D(7)
F. Debssi, M.D(7)
M. Ibraheem, M.D(7)
Ah. Teba, M.D(7)
Ar. Yusefi, M.D(7)
A. Mansuri, M.D(8)
M. Badri, M.D(8)
N. Shehab, M.D(8)
M. Mousawi, M.D(8)
M. Khabouri, M.D(9)
N. Nagi, M.D(10)
A. Harnoush, M.D(12)
N. Flehan, M.D(12)
S. Mansour, M.D(12)
I. Sharif, M.D(13)
I. Khalifa, M.D(14)
W. Aboshlip, M.D(14)
M. Abdo, M.D(14)
H. Naser, M.D(14)
M. Alazazi, M.D(16)
M. Al-khateeb, M.D(16)

S.C. Oral & Maxillofacial Surgery

G. Buka'en, M.D(1)
R. Buka'en, M.D(1)
I. Arab, M.D(2)
K. Rahemi, M.D(5)
A. Shehab, M.D(5)
A. Albasher, M.D(6)
K. Saleh, M.D(6)
A. Tulemat, M.D(7)
M. Tentawy, M.D(7)
M. Sae'el-Arab, M.D(7)
I. Isma'l, M.D(8)
M. Isma'eli, M.D(9)
A. Darwish, M.D(10)
A. Khuri, M.D(12)
M. Mais, M.D(12)
H. Badran, M.D(14)
I. Zetun, M.D(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

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 and in 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 or Latin translation.
- The abstract should be submitted both in English and in Arabic; each should be less than one page in length.
- Personal lectures or unpublished articles are unacceptable 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.
- Abstracts 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.

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 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, D.D.S./ Syria

Editorial Assistants

**Mouna Graoui
Lama Trabelsy**

**Mouna Bitar
Mouznah Al Khani**

**Rolan Mahasen, M.D.
Asaad Al Hakeem**

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 by 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 :

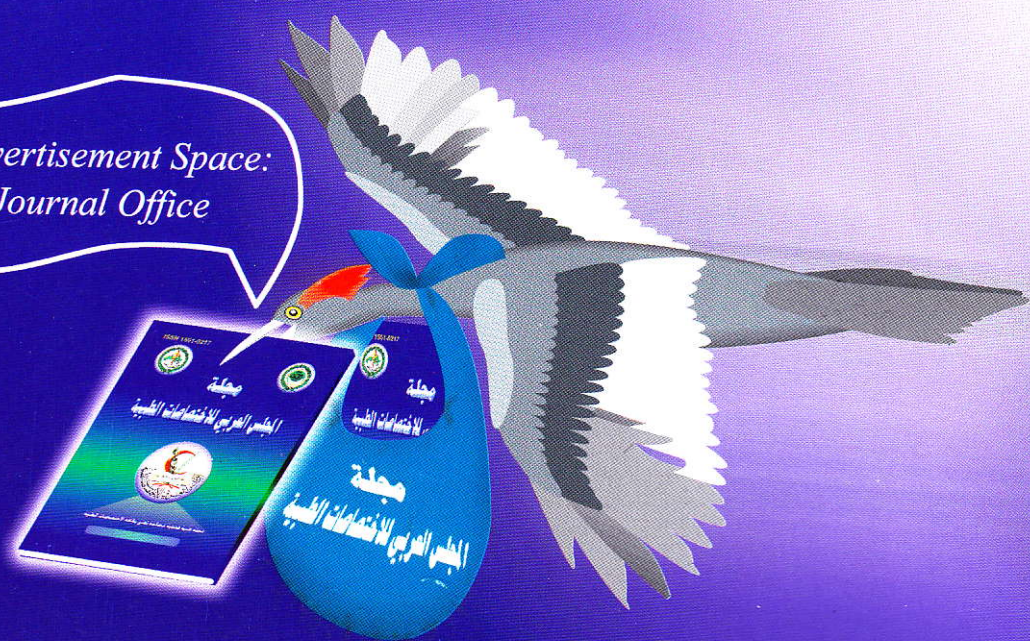
***Journal of the Arab Board of Medical Specializations
The Arab Board of Medical Specializations***

P.O. Box 7669. Damascus. Syria.

Tel: 963 11 6119742/6119249 - Fax: 963 11 6119259/6119739

E.mail: CABMS@net.Sy

To Purchase Advertisement Space:
Contact the Journal Office



ISSN 1561-0217



Journal Of The Arab Board Of Medical Specializations



*A Quarterly Medical Journal
Encompassing all Medical Specializations*

JABMS Vol. 1, No. 4, October 1999