



مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية



مجلة طبية فصلية محكمة تعنى بكافة الاختصاصات الطبية

مجلد 5 - عدد 1. 2003 م - 1424 هـ

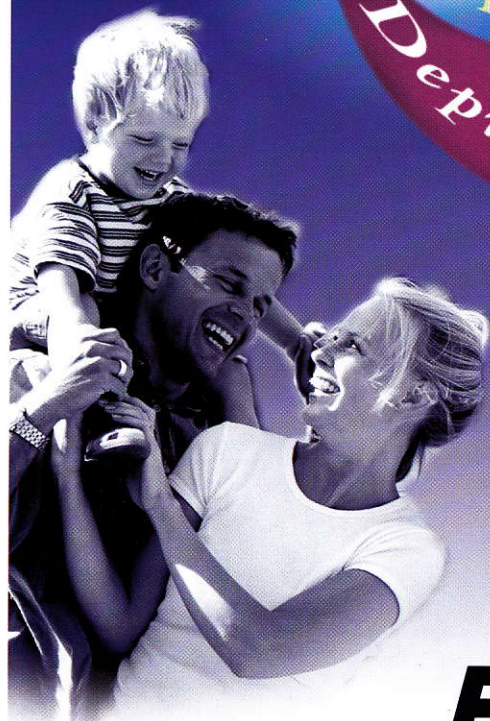
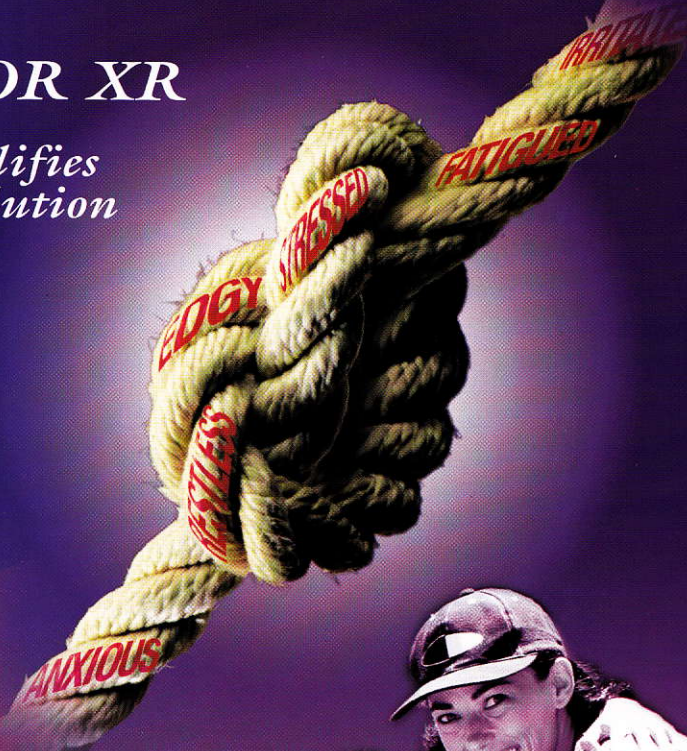
In the treatment of
Depression *and when the symptoms of* **Anxiety**
complicate your treatment options

Anxiety
Excessive worry

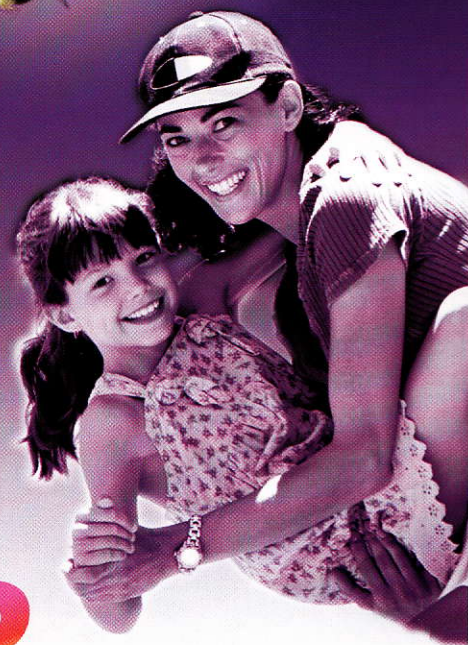
EFEXOR XR

*Simplifies
the Solution*

Tension
Depression



*choose first-line
effectiveness
for a full level
of functioning*



ONCE - DAILY
EFEXOR^{*} XR

(venlafaxine extended release capsules)

available in 75 mg & 150 mg

Simply Effective

For full prescribing information please contact:

Wyeth

Wyeth Pharmaceuticals - Middle East & North Africa
P.O. Box 7699, Dubai, United Arab Emirates

EFEX-ME-2K1-1A

مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية

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

هيئة الإشراف العام

رئيس الهيئة العليا للمجلس العربي للاختصاصات الطبية

الأستاذ الدكتور فيصل رضي الموسوي - وزير الصحة / البحرين

أمين صندوق المجلس العربي للاختصاصات الطبية

الأستاذ الدكتور محمد إياد الشطي - وزير الصحة / سورية

رئيس هيئة التحرير

الأستاذ الدكتور مفيد الجوخدار

الأمين العام للمجلس العربي للاختصاصات الطبية

نائب رئيس هيئة التحرير

الأستاذة الدكتورة رائدة الخاني

المستشار الإداري

الأستاذ صادق خباز

مستشار التحرير

الدكتورة كارول فورسايت هيوز

هيئة التحرير

رئيس المجلس العلمي لاختصاص التخدير والعناية المركزة

الأستاذ الدكتور أنيس بركة / لبنان

رئيس المجلس العلمي لاختصاص طب العيون

الأستاذ الدكتور أحمد عبد الله أحمد / البحرين

رئيس المجلس العلمي لاختصاص الطب النفسي (بالنيابة)

الأستاذ الدكتور رياض المزاري / العراق

رئيس المجلس العلمي لاختصاص الأنف والأذن والحنجرة

الأستاذ الدكتور محمدي حامد عبده / مصر

رئيس المجلس العلمي لاختصاص جراحة الفم والوجه والفكين

الأستاذ الدكتور متار طنطاوي / سورية

رئيس المجلس العلمي لاختصاص طب الطوارئ

الأستاذ الدكتور مساعد بن محمد السلطان / السعودية

رئيس المجلس العلمي لاختصاص التشخيص الشعاعي

الأستاذ الدكتور بسام الصراف / سورية

رئيس المجلس العلمي لاختصاص طب الأطفال

الأستاذ الدكتور هاني مرتضى / سورية

رئيس المجلس العلمي لاختصاص الولادة وأمراض النساء

الأستاذ الدكتور أنور الفراء / سورية

رئيس المجلس العلمي لاختصاص الأمراض الباطنة

الأستاذة الدكتورة سلوى الشيخ / سورية

رئيس المجلس العلمي لاختصاص الجراحة

الأستاذ الدكتور عبد الرحمن البنيان / السعودية

رئيس المجلس العلمي لاختصاص طب الأسرة والمجتمع

الأستاذ الدكتور مصطفى خوجلي / لبنان

رئيس المجلس العلمي لاختصاص الأمراض الجلدية

الأستاذ الدكتور إبراهيم كلداري / الإمارات العربية المتحدة

مساعداو التحرير

الصيدلانية مزنة الخاني

الصيدلانية رهن بيطار

غيداء الخالدي

لينا جيرودي

الدكتورة رولان محاسن

المهندس أسعد الحكيم

سوزانا الكيلاني

منى غراوي

لمى الطرابلسي

لينا كلاس

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 تقييم اختصاصية مؤلفة أساساً من السادة الأساتذة الأطباء أعضاء المجالس العلمية للاختصاصات الطبية، وبمشاركتهم أساتذة الجامعات والاختصاصيين في كافة اللبلا العربية.

نرسل كافة المراسلات إلى العنواين 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: jabms@scs-net.org

www.cabms.org

دليل النشر في مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية

يتبع النشر في مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية الخطوط العامة للنشر الواردة في
"Uniform Requirements for Manuscripts (URM) Submitted to Biomedical Journals, by the
International Committee of Medical Editors."
The complete text is available at www.acponline.org/journals/resource/unifreqr.htm

- يفضل إرسال المقالات منسوخة على قرص كمبيوتر من IBM compatible.
- ترسل النسخة الأصلية من المقالات مع ثلاث نسخ إضافية، مطبوعة على ورق صقيـل أبيض قياس A4، وعلى وجه واحد من الورقة، بمسافات مضاعفة بين الأسطر متضمنة صفحة العنوان والخلاصة والمراجع والجدول، بخط واضح مقروء، مع ترك هوامش لا تقل عن 25 ملم.
- تقبل المقالات بإحدى اللغتين العربية أو الإنكليزية.
- في المقالات المرسلـة باللغة العربية، يجب أن تكون المصطلحات العلمية مطابقة لما ورد في المعجم الطبي الموحد، مع ذكر ترجمة المصطلح باللغة الإنكليزية أو اللاتينية. يمكن إضافة المصطلح الطبي المستعمل محلياً بين قوسين.
- يتضمن المقال الأصل ما يلي: ملخصاً، ومقدمة، وطريقة ومادة الدراسة أو المرضى، والنتائج، والمناقشة والاستنتاج، والخلاصة (المحصلة)، والمراجع.
- ترسل على ورقة مستقلة كل من:
 - صفحة العنوان: ترسل باللغتين العربية والإنكليزية معاً، وتتضمن عنوان المقال واسم الباحث/الباحثين وصفتهـم العلمية وجهة عملهم، وعنوان المراسلة.
 - الملخص: يرسل باللغتين العربية والإنكليزية معاً، بحيث لا يتجاوز 250 كلمة لكل منها. ويجب أن يكون مفصلاً بحيث يتضمن خلفية وهدف الدراسة والمرضى وطريقة الدراسة والنتائج والاستنتاج والخلاصة.
 - المخططات والجدول الإيضاحية: يرسل كل منها على ورقة مستقلة، مع الشرح أو التعليق. وإدراج أرقامها ضمن النص.
- الصور الإيضاحية: يجب أن لا يتجاوز قياسها ورقة A4، ويجب أن تكون واضحة وجيدة النوعية.
- يجب أن تكون المراجع مكتوبة بشكل كامل وواضح، مع وجود مراجع حديثة. يذكر رقم المرجع فقط ضمن النص، وترتب المراجع في قائمة المراجع (الوراقة) حسب ترتيب ورودها في النص.
- لا يتجاوز المقال الأصل 10 صفحات، بما في ذلك المراجع (عدا الأشكال والجدول).
- لا تتجاوز الدراسات من الأدب الطبي 14 صفحة بما في ذلك المراجع (عدا الأشكال والجدول).
- لا تتجاوز تقارير الحالات الطبية 3 صفحات بما في ذلك المراجع (عدا الأشكال والجدول).
- ملخصات المواضيع التي سبق نشرها في المجلات الطبية ترسل باللغة العربية، مصحوبة بنسخة من المقال الأصلي المنشور. ويشترط أن تكون حديثة النشر.
- تستعمل الأرقام العربية في كافة المقالات المرسلـة (1، 2، 3، ...).
- لا تقبل المقالات الكاملة التي سبق نشرها في مجلة أخرى.

إلى المجلس العربي ومجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية

لايتمحلات أية مسؤولية عن آراء وتوصيات وتجارب مؤلفي المقالات التي تنشر في المجلة
كما أن وضع الإعلانات عن الأدوية والأجهزة الطبية لايدل على كونها معتمدة من قبل المجلس أو المجلة

اختصاص جراحة الفم والوجه والفكين

1. د. غازي بقاين (1)
2. د. كمال الشرح (1)
3. د. ابراهيم عبد الله بن عرب (2)
4. د. خالد عبد الله الرحيبي (5)
5. د. عمر فايز شهاب الدين (5)
6. د. طارق لطفي الخطيب (5)
7. د. عثمان الجندي (6)
8. د. أحمد سليمان (6)
9. د. عبد الإله طليمات (7)
10. د. عصام سبع العرب (7)
11. د. محمد صبر العوا (7)
12. د. نبيه خرده جي (7)
13. د. عصام شعبان (7)
14. د. مختار طنطاوي (7)
15. د. إيداد محمد اسماعيل (8)
16. د. محمد الاسماعيلي (9)
17. د. عبد العزيز درويش (10)
18. د. يوسف الدويري (11)
19. د. أنطون خوري (11)
20. د. محمود خلد الميس (12)
21. د. محمد رضا العارف فرنكة (13)
22. د. محمد عبد الله الكبير (13)
23. د. محمد صالح العربي (13)
24. د. غيث عبد الله (13)
25. د. ابراهيم محمد زبون (14)
26. د. محمود ماجد لطفي (14)

اختصاص طب الطوارئ

1. د. كمال الدين حسين بني هاني (1)
2. د. أحمد كلوب (1)
3. د. خالد الدارود (1)
4. د. جاسم المهزع (3)
5. د. محمد حسان الدين حدي (3)
6. د. سلطان بن محمد السلطان (5)
7. د. سعد بن بشق (5)
8. د. عبد الله الحديب (5)
9. د. حاتم قطب (5)
10. د. عصام العجلي (7)
11. د. محمد بدر باث إمام (7)
12. د. ماهر الأعرح (7)
13. د. خالد حسن العبيدي (8)
14. د. عبد الوهاب الصلح (10)
15. د. خالد سعد السهلوي (11)
16. د. رمزي مشرفة (12)
17. د. أنطون زغبى (12)
18. د. جوزيف بشارة (12)
19. د. شريف مختار (12)
20. د. أحمد الخولي (14)

اختصاص التشخيص الشعاعي

1. د. فيث علي حجازي (1)
2. د. حمزة العمري (1)
3. د. عزمي الحديدي (1)
4. د. ليف إيكينك (2)
5. د. نجيب صالح جمشير (3)
6. د. أحمد عزة حمو (4)
7. د. مسلح بن علي الراداني (5)
8. د. ابراهيم بن محمد العريفي (5)
9. د. عاصم عوكر (7)
10. د. فيصل ناصر (7)
11. د. عاصم بن اسماعيل درويش (9)
12. د. أحمد جليل سالم (10)
13. د. نجيب المزروق (11)
14. د. أغيد الكتيبي (12)
15. د. ميشال غصين (12)
16. د. فيصل محمد شمش (13)
17. د. عمران منصور الشمام (13)
18. د. خليل علي المنقوش (13)
19. د. عبد الحكيم عبد الصلح (13)
20. د. سهير مكارم (14)
21. د. الطاهر علي حسان (14)
22. د. مجدي محمد الخراي (14)
23. د. عمرو محمود زايد (14)

اختصاص الطب المخبري

1. د. سمير عمرو (5)
2. د. محجوب جبرودي (7)
3. د. طاهر اسماعيل (7)
4. د. غازي بدور (7)
5. د. محي الدين جمعة (7)

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: الجمهورية اللبنانية

14: جمهورية مصر العربية

15: المملكة المغربية

16: الجمهورية اليمنية

* أعضاء في المجالس العلمية

1. د. هيام بشور (7)

2. د. محمد سعيد الصواف (7)

3. د. أحمد ديب شاش (7)

4. د. صباح عبد الله العبيدي (8)

5. د. أمجد نيزي (8)

6. د. صميم الدباغ (8)

7. د. قيس طاهر حبيب (8)

8. د. علي جعفر محمد (9)

9. د. صالح المري (10)

10. د. عيسى الجوه (11)

11. د. مصطفى خولي (12)

12. د. نديم كرم (12)

13. د. حسان عواضة (12)

14. د. محمد نبيب سميو (13)

15. د. محمد عبد الحفيظ (13)

16. د. محمد أحمد الكوش (13)

17. د. عمر السوداني (13)

18. د. شفيقة صالح حسن ناصر (14)

19. د. ناهد كامل (14)

20. د. فكري ابراهيم نور الدين (15)

21. د. جاي جلود (15)

22. د. أندريه عبد السلام (15)

23. د. عبد الله سعيد باحطب (16)

24. د. علي محمد الصبري (16)

اختصاص الطب النفسي

1. د. محمود أبو نون (1)
2. د. نظام أبو حجلة (1)
3. د. توفيق دراكه (2)
4. د. محمد خليل الداد (3)
5. د. أحمد الأصصري (3)
6. د. محمد فخر الدين الحفاني (4)
7. د. عبد الله السبيعي (5)
8. د. خليل ابراهيم القويطي (5)
9. د. عبد الله عبد الرحمن محمد (6)
10. د. عبد الحال الأدرسي (6)
11. د. عبد المنعم يوسف علي (6)
12. د. ضياء الدين الجيلي أبو بكر (6)
13. د. حنا خوري (7)
14. د. علي عبد الرحمن بونس (8)
15. د. عبد المنعم ماقلي الجاردي (8)
16. د. رياض عبد الرزاق العزاوي (8)
17. د. محمد عبد الحميد السامرائي (8)
18. د. سالم محمد المناعي (8)
19. د. منير الحفاني (12)
20. د. فؤاد توفيق أنطون (12)
21. د. شارل فؤاد بدورة (12)
22. د. أنطون البستاني (12)
23. د. سالم أبو بكر المجريسي (13)
24. د. علي محمد طالب الروبيعي (13)
25. د. عبد الرؤوف أبو رخيص (13)
26. د. مجدي كارة (13)
27. د. يحيى الخراي (14)
28. د. سهام الراشد (14)
29. د. مصطفى كامل (14)
30. د. محمد غانم (14)
31. د. عادل صادق (14)
32. د. ناصر لوزة (14)
33. د. عبد الإله حسن الأرياني (16)

اختصاص الأمراض الجلدية

1. د. محمد شرف (1)
2. د. يوسف الصمان (1)
3. د. ابراهيم كداري (2)
4. د. خليل ابراهيم العريض (3)
5. د. محمد رضا كمن (4)
6. د. عبد الحميد الزحاف (4)
7. د. عبد الرؤوف عمر عبد ربه (5)
8. د. عمر عبد العزيز آل الشيخ (5)
9. د. صالح بن محمد الجبر (5)
10. د. عثمان سليمان عبد الكريم (5)
11. د. عثمان محمد أحمد طه (6)
12. د. بشري عمر أحمد (6)
13. د. الفاتح علي الحسن (6)
14. د. صالح داود (7)
15. د. أسماء الحاج حسين (7)
16. د. حميد سليمان (7)
17. د. حيدر أحمد عنبر (8)
18. د. زهير عجم (8)
19. د. خليفة عبد الشرفي (8)
20. د. يعسوب سليمان ابراهيم (8)
21. د. عبد الرؤوف السود (9)
22. د. حسن علي العبد الله (10)
23. د. حصة الأنصاري (10)
24. د. قاسم عبد اللطيف الصالح (11)
25. د. علي السيف (11)
26. د. عبد الوهاب القوزان (11)
27. د. عبد الغني كتيبي (12)
28. د. رولان طيب (12)
29. د. فؤاد السدي (12)
30. د. محمد مصطفى بن غزيل (13)
31. د. عصام أحمد ساس (13)
32. د. محفوظ أبو حميدة (13)
33. د. علي مصطفى بن قرين (13)
34. د. محمد ابراهيم الزرقاني (14)
35. د. محمد أمين عامر (14)

اختصاص التخدير والعناية المركزة

1. د. بشير عطيات (1)
2. د. عبد العزيز عمرو (1)
3. د. بسام عبد الوهاب البرزنجي (1)

1. د. قيس عبد الحميد كبة (8)

2. د. سمرند خولة (8)

3. د. رياض محمد صالح (8)

4. د. ملكة السعدي (8)

5. د. نجلى نائف البرنوطي (8)

6. د. سعدية بن عامر سلطان (9)

7. د. حليلة التميمي (10)

8. د. عبد الرزاق العلواني (11)

9. د. جوزيف عبود (12)

10. د. غسان الحاج (12)

11. د. حنا كسار (12)

12. د. كرم كرم (12)

13. د. مبروكه القنين (13)

14. د. أبو عجيبة عكرة (13)

15. د. فريحة بوزكية (13)

16. د. ابراهيم أحمد المنصور (13)

17. د. علي عليان خلف الله (14)

18. د. عبد الحميد بدوي (14)

19. د. محمد رافع الشافعي (14)

20. د. محمود فتح الله (7)

21. د. ابراهيم جبار الناصر (8)

22. د. عبد الغني زغير الراوي (8)

23. د. حسان الدين الجرمولي (8)

24. د. نجم الدين الروزنامي (8)

25. د. صالح بن محمد الخصبي (9)

26. د. غالية محمد آل ثاني (9)

27. د. قصي عبد اللطيف الصالح (11)

28. د. منيب حلواني (12)

29. د. سلمان مروة (12)

30. د. زهير بيطار (12)

31. د. محمد ميثاق (12)

32. د. ريمون ميخائيل (12)

33. د. سليمان محمد البرغي (13)

34. د. محمد الهادي السويحي (13)

35. د. سالم المزروق (13)

36. د. خالد علي يوسف (13)

37. د. جيلان عبد الحميد عثمان (14)

38. د. علي منصور الشافعي (16)

اختصاص طب الأطفال

1. د. سمير غالب الفاغوري (1)
2. د. محمد عظة الرواشدة (1)
3. د. حسن وصفي عبد المجيد (1)
4. د. عبد الله ابراهيم الخطيب (2)
5. د. يوسف عبد الرزاق (2)
6. د. أكبر محمد محمد (3)
7. د. عبد الجبار العباسي (3)
8. د. فضيلة المحروس (3)
9. د. عبد الرحمن القريع (5)
10. د. عمرو حسين العامودي (5)
11. د. عبد اللطيف القرائني (5)
12. د. محمد يونس يعقوب جان (5)
13. د. جعفر بن عوف (6)
14. د. محمد سر الختم عبد السلام (6)
15. د. متولي عبد المجيد حسن (6)
16. د. حسن محمد أحمد (6)
17. د. هاني مرتضى (7)
18. د. محمد علي سريو (7)
19. د. زياد شويكي (7)
20. د. ابراهيم جبار الناصر (8)
21. د. عبد الغني زغير الراوي (8)
22. د. حسان الدين الجرمولي (8)
23. د. نجم الدين الروزنامي (8)
24. د. صالح بن محمد الخصبي (9)
25. د. غالية محمد آل ثاني (9)
26. د. قصي عبد اللطيف الصالح (11)
27. د. منيب حلواني (12)
28. د. سلمان مروة (12)
29. د. زهير بيطار (12)
30. د. محمد ميثاق (12)
31. د. ريمون ميخائيل (12)
32. د. سليمان محمد البرغي (13)
33. د. محمد الهادي السويحي (13)
34. د. سالم المزروق (13)
35. د. خالد علي يوسف (13)
36. د. جيلان عبد الحميد عثمان (14)
37. د. علي منصور الشافعي (16)

اختصاص الأمراض الباطنة

1. د. مصطفى الشناق (1)
2. د. منيب سليمان أيوب (1)
3. د. رضا علي ابراهيم (6)
4. د. منصور الزهقة (5)
5. د. سراج عبد الفتي ميرة (5)
6. د. حسن يوسف الأدرسي (5)
7. د. ابراهيم الطميسي (6)
8. د. حمد علي حمد الترابي (6)
9. د. عثمان خلف الله سيد (6)
10. د. الجزولي دغ عبد العلق (6)
11. د. سلوى الشيخ (7)
12. د. ليون فيدي (7)
13. د. علي سعدة (7)
14. د. علي درويش (7)
15. د. زياد درويش (7)
16. د. مازن مصري زاده (7)
17. د. نبيل عصة (7)
18. د. محمد عبد الله فلاح الراوي (8)
19. د. محمد خليل الراوي (8)
20. د. سركيس كريكور ستراك (8)
21. د. خالد عبد الله (8)
22. د. لؤي عبد الهادي الحافظ (8)
23. د. غازي بن عمر الزبيدي (8)
24. د. بزدوي محمد الريسي (9)
25. د. سعد الكعيبي (10)
26. د. خالد الشمان (11)
27. د. نبيل جاسم الدين (12)
28. د. سمير عطوي (12)
29. د. سمير ملاط (12)
30. د. جودي بحدو (12)
31. د. أنيس الغرياني (12)
32. د. صلاح الدين المنوسي قريو (13)
33. د. الطاهر الشنع (13)
34. د. ابراهيم الشريف (13)
35. د. محمد فرندخ (13)
36. د. عصام سليمان خنسر (14)
37. د. ثابت محمد ناصر (16)
38. د. محمد الحريبي (16)

اختصاص الولادة وأمراض النساء

1. د. عبد الله عيسى (1)
2. د. عارف بطاينة (1)
3. د. ماجد باطا (1)
4. د. مأمون شفقة (2)
5. د. حسنية قرقات (2)
6. د. غفاف الشافعي (2)
7. د. زينب الجفيري (3)
8. د. محمد هشام السباعي (5)
9. د. عبد الله باسلامة (5)
10. د. عبد مروق الحربي (5)
11. د. طارق الخاشجي (5)
12. د. حسان عبد الجبار (5)
13. د. هاشم عبد الرحمن (5)
14. د. محمد أحمد أبو سلب (6)
15. د. محمد سعيد الريح (6)
16. د. عبد الرحمن عبد الحفيظ (6)
17. د. أحمد حسن يوسف (7)
18. د. ابراهيم حقي (7)
19. د. صادق فرعون (7)
20. د. نذير ياسمينه (7)
21. د. عبد المهدي حمود (7)

اختصاص طب الأسرة والمجتمع

1. د. سعد حجازي (1)
2. د. عثمان عباس (1)
3. د. عبد الغفار محمد الهاوي (2)
4. د. شوقي عبد الله أمين (3)
5. د. فيصل عبد اللطيف الناصر (3)
6. د. نور الدين عاشور (4)
7. د. سمير صبان (5)
8. د. جمال صالح جابر الله (5)
9. د. بهاء أبا الخير (5)
10. د. نبيل محمد ياسين القرشي (5)
11. د. عدنان البار (5)
12. د. يعقوب يوسف المزروع (5)
13. د. منصور محمد منصور (6)
14. د. صادق فرعون (6)
15. د. الصادق محجوب الطيب (6)
16. د. عباس مختار (6)



Digitally yours



Icebeam
4Way Door Cooling



Intellwasher

7 kg



4000 W
DVD
Home Cinema

PLASMA



1700W



CYKING™

نظام الفلتر بدون كيس

1600W



intellowave

قريباً في الأسواق

موبايل إل جي الجديد



استمتع واجعل حياتك أفضل مع التقنية الرقمية من إل جي

دمشق هـ: ٢٢١٦٢٩٩ مركز الصيانة الرئيسي: ٢٢٢٥٣١١



مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية

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

محتويات العدد

- التعاون بين الأجيال دعامة للحاضر والمستقبل
الدكتور مفيد الجوخدار
رئيس هيئة التحرير، الأمين العام للمجلس العربي للاختصاصات الطبية ص 8 ع
- نتائج تطبيق مخطط النظام العلاجي الجديد لمنظمة الصحة العالمية في تدبير سوء التغذية الشديد في سورية
د. محمود بوظو (سورية) ص 10 ع
- مقارنة بين الرشافة بالإبرة الدقيقة والدراسة النسيجية للأفات الرئوية والمنصفية
د. ليلى الحفار، د. محمود زغبى (سورية) ص 17 ع
- تدبير ومضاعفات ونتائج مائة حالة لوباء التهاب السحايا بالمكورات السحائية عام 1999م
في مدينة ود مدني - ولاية الجزيرة في وسط السودان
د. حسين عمر زيدان، د. عبد الله عبد الكريم جبريل، د. أحمد عبد الله محمداني،
د. عبد الرحيم متوكل، د. سناء فضل الله (السودان) ص 91 ع
- أدواء خللا لانغرهانس الناسجة البدئية في الأمعاء الدقيقة: تقرير لثلاث حالات
د. زهير الشهابي، د. حسان زيزفون (سورية) ص 98 ع
- أسباب شلل العصب الحنجري الراجع ثنائي الجانب لدى مرضى سودانيين
د. عثمان محمد المصطفى (السودان) ص 101 ع
- استعمال كلورهكسدين جلوكونيت لالتهاب قرنية العين الفطري في العراق
د. فائز اسماعيل الشكرجي، د. معبد عبد الحميد الخشن، د. علاء عبد الرسول، د. فاروق خالد حسين (العراق) ص 105 ع
- أسباب إخال حالات الأمراض النسائية والتوليد إلى وحدة العناية المركزة
في مشفى الملك خالد الجامعي (1994-1997)
د. محمد تكروري، د. محمد سراج، د. عبد الوهاب الجباري، د. عبد العزيز المشاري (السعودية) ص 110 ع
- النخالية المبرقشة لدى الأطفال: دراسة سريرية ضمت 82 حالة
د. محسن عبد الحسين الطالبي (العراق) ص 114 ع
- خلل تنسج المشاشات الفقارية: تقرير حالتين لورثة مرتبطة بالصبغي الجنسي
د. وجدي عمايرة، د. خالد الداود، د. عيسى سواق (الأردن) ص 84 ع
- مانع الحمل داخل الرحم المنسي: حالة غير عادية
د. ثريا خواجة، د. أيمن الطالب، د. محمد هشام السباعي، د. باهر كمال (السعودية) ص 87 ع

كلمة التحرير

محتويات العدد

تقرير حالة طبية

رسالة إلى الممرز

مواضيع مستدرة

ملتصقات طبية مضافة

أخبار وأنشطة وخبريمو المجلس العربي للاختصاصات الطبية

ص 25 ع

الأستاذ الدكتور مفيد الجوخدار

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

التعاون بين الأجيال وعامة للماض والمستقبل

الإسكندر المقدوني الذي سيطر على العالم القديم وهو في شرح الشباب، وأسامة بن منقذ الذي عقد له لواء الفتح ولم يتجاوز السابعة عشر من العمر، وابن سينا والرازي الذين نبغا في الطب منذ الصغر. لقد سجل نيوتن أهم اكتشافاته وهو لم يبلغ الخامسة والعشرين، وعدّ مارتن لوتر كنغ مصلحاً دينياً وهو في الخامسة والعشرين من العمر، وحاز فكتور هوجو على ثلاث جوائز في الأدب وهو دون العشرين، أما غوته -الكاتب المسرحي الألماني- فله تمثيلات وهو في الثانية عشر من العمر.

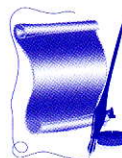
عندما عيّر أبو حمزة الخارجي بأصحابه الشباب، ألقى خطبة قال فيها: «تعبروني بأصحابي، تزعمون أنهم شباب، وهل كان أصحاب رسول الله (ص) إلا شباب عمية عن الشر أعينهم، بطيئة إلى الباطل أرجلهم، قد وصلوا كلال يومهم بكلال نهارهم...»

وبالطبع... لن يستقيم المجتمع ما لم تكن هنالك علاقة جيدة وتعاون وثيق وتشاور بين كافة فئات المجتمع وأجياله، وكما قال الإمام علي بن أبي طالب -كرم الله وجهه-: «مشاورة الرجال مشاركة لهم في عقولهم»، حيث يستفاد من حكمة وخبرات من عركوا الحياة وعركتهم، والذين يضيفون إلى علمهم علماً في كل لحظة، والذين هم السند والموجه لطاقت الشباب المتفجرة. إننا بالإيمان وبالعلم والعلماء وبالتعاقد والاستفادة من كافة الطاقات المتوفرة ندراً عنا أخطار الحاضر والمستقبل وأطماع المعتدين.

هنالك قصة من التراث تقول إن جماعة دخلوا على الخليفة عمر بن عبد العزيز ومعهم غلام، فقال ما شاء أحد الدخول علي إلا دخل... حتى الغلمان، فكان جواب الغلام أن قال: «يا أمير المؤمنين، إن المرء بأصغريه قلبه ولسانه. فإذا منح الله العبد لساناً لافظاً وقلباً حافظاً بلغ به أعلى المراتب، ولو أن الأمر بالسن لكان من الأمة من هو أحق منك بمجلسك هذا». فسأله الخليفة عن حاجته، فأجاب: «لقد أصابتنا ثلاث سنين عجاف، سنة أذابت الشحم، وسنة نقت اللحم، وسنة دقت العظم. فإن كان لنا شيء فأعطنا إياه، وإن كان لله فلا تمنعه عن عبادته، وإن كان لك فتصدق به علينا». فقال أمير المؤمنين: «لم يدع لنا هذا الغلام من حجة»، وقضى حاجة القوم.

إن مجتمعنا العربي مجتمع فتي شاب، والشباب هم الدعم لحاضرنا والأمل لمستقبلنا... فواجبنا كأفراد ومؤسسات حكومية وغير حكومية أن نستثمر هذه الثروة الإنسانية، وأن نوجه شبابنا للتوجيه الجيد البناء، ونسلحهم بالأخلاق والعلم والمهارات، ونكشف مواهبهم المكنونة، ونعتني بالفواغب منهم لنجني علماء يبذلون جهودهم في بناء الوطن الكبير العزيز، فيضع كل منهم لبنة تزيد من رفعة هذا الوطن ومن شموخه، ليكبروا بوطنهم، وليكبر وطنهم بهم.

وفي الماضي العديد من الأمثلة عن إنجازات هائلة قام بها أناس في ريعان الشباب، سجلها لهم التاريخ... يحضرني منها





Krac des chevalier (Castle of knights). Syria

نتائج تطبيق مخطط النظام العلاجي الجديد لمنظمة الصحة العالمية في تدبير سوء التغذية الشديد في سورية

RESULTS OF THE NEW WHO THERAPEUTIC PROTOCOL IN THE MANAGEMENT OF SEVERE MALNUTRITION IN SYRIA

د. محمود بوظو

Mahmoud Bozo, M.D.

ملخص البحث

هدف الدراسة: اختبار قابلية مخطط النظام العلاجي الجديد في علاج سوء التغذية الشديد للتطبيق في سورية واختبار فعاليته العلاجية.
العينة: ضمت 21 طفلاً بينهم 12 ذكراً و 9 إناث. شوهدت 16 حالة سغل و 5 حالات كواشيوركور سغلي في قسم الأطفال في مشفى دمشق بين 2001/1/1 و 2001/9/1.

طريقة الدراسة: تم تطبيق مخطط منظمة الصحة العالمية مع مراقبة الوزن، والأعراض، والحالة الإنشائية، والحالة الشاردية، ومستوى بروتينات المصل؛ مع مقارنة نتائج العلاج مع نتائج علاج الخطة القديمة في نفس القسم عامي 1997-1998.
النتائج: الأعمار بالسغل بين 40 يوماً و 36 شهراً والأوزان من 2000-8000 غ. تراوحت نسب الأعراض، فكانت نسبة الإسهال 71.42%، والارتفاع الحروري 61.9%، وفرط الاستثارة 38%، والإقياء 52.4%، والسعال 42.9%، والزلة التنفسية 19.4%. الودمات كانت غائبة في السغل، والاندفاعات الجلدية المصطبغة شوهدت في حالتين. وجدت حالتا ذات رئة، بينما كانت زرع الدم وبزول السائل الدماغي الشوكي، وتحليل البول البسيط سلبية. كان البوتاسيوم منخفضاً في حالة سغل واحدة والصوديوم منخفضاً في حالتي سغل. بروتينات المصل كانت منخفضة في 28.5%، الألبومين منخفض في 23.82%. بلغ وسطي المدة الكلية للاستشفاء 9.29 يوماً، بينما كانت 12.6% بالعلاج بالمخطط القديم. كان وسطي نسبة زيادة الوزن في السغل 30.41%، (3.41% في المخطط القديم) 4.14% في الكواشيوركور السغلي، وخرجت جميع الحالات من المشفى شافية من سوء التغذية الشديد (ما عدا حالتي سغل خرجتا على مسؤولية الأهل قبل إتمام المخطط العلاجي). لم تحدث أية حالة وفاة، مقابل نسبة 38% في العلاج القديم. زالت جميع الأعراض والاضطرابات الشاردية والاضطرابات البروتينية وضبطت الحالات الإنشائية في نهاية الخطة العلاجية.

الخلاصة: يثبت مخطط الصحة العالمية قابليته للتطبيق وفعاليته في العلاج من حيث منع حدوث الوفيات وزيادة الوزن وشفاء سوء التغذية الشديد واختصار مدة الاستشفاء.

ABSTRACT

Objective: To test the applicability of the new WHO therapeutic protocol in the management of severe malnutrition in childhood in Syria.

Methods and Materials: There were 21 children, 12 males and 9 females, suffering from marasmus (16 cases) and marasmic kwashiorkor (5 cases) hospitalized in the Pediatrics Department of Damascus Hospital from January 1, 2001 to September 1, 2001. The new protocol was applied to all of the children included in the study. The children were reevaluated at the end of the treatment period to determine weight, symptoms, infectious status, electrolyte and protein status. The results were compared with the results of the old protocol by comparison with a retrospective study of 21 children hospitalized in 1997-1998.

JABMS 2003;5(1):107-113E

*Mahmoud Bozo, M.D., Damascus Hospital, Department of Pediatrics, Damascus, Syria, P.O. Box 6665, E-mail: bozo@scs-net.org

Results: The patients ranged from 40 days to 36 months in age. The weights ranged from 2000-8000 grams. Symptoms were present as follows: diarrhea (71.42%), fever (61.9%), irritability (38%), vomiting (52.4%), cough (42.9%), dyspnea (19.4%), edema (present in all masasmic kwashiorkor cases), and dermal hyperpigmentation in 2 cases. There were 2 cases of pneumonia. There were no cases of meningitis. Blood cultures and urine cultures were negative. The potassium was low in one case of marasmus. The sodium was low in two cases of marasmus. Hypoproteinemia was noted in 28.5%. Hypoalbuminemia was noted in 23.8%. Total hospitalization duration was 9.29 days compared with 12.6 days using the old protocol. The average weight gain during hospitalization was 30.41% in the marasmus cases compared with 3.41% using the old protocol. The weight gain in the marasmic kwashiorkor patients was 4.14%. All of the patients were improved at the end of hospitalization with the exception of 2 cases that were discharged before the end of the protocol against medical advice as requested by the parents. There were no deaths with the new protocol whereas 38% died with the old protocol. Patients were symptom free and all electrolyte abnormalities and infections had disappeared by the end of treatment.

Conclusion: This study demonstrates the applicability and efficacy of the new protocol. We recommend that it be used in all Syrian centers in the treatment of severe malnutrition cases.

المرضى وطريقة الدراسة MATERIALS & METHODS

تم إدخال جميع المصابين بسوء التغذية الشديد الغذائي المنشأ في الدراسة وفق تعريف منظمة الصحة العالمية لسوء التغذية الشديد المعتمد على جداول Score-Z، والمقبولين في قسم الأطفال في مشفى دمشق من 2001/1/1 حتى 2001/9/1. تم تسجيل Z-Score عند القبول، والأعراض السريرية، والحالة الإنشائية، والحالة الشاردية.

طبق المخطط العلاجي المعتمد من منظمة الصحة العالمية على كل الأطفال بإعطاء السائل المعتمد في العلاج والذي يتم تركيبه في القسم اعتباراً من مسحوق الحليب (80غ) والزيت النباتي (45 غ) وسكر القصب (50غ)، ممزوجة مع لتر من الماء. تبدأ الخطة بإعطاء السائل بمقدار 100 كيلوكالوري/كغ/اليوم في اليوم الأول، ثم ترفع بمقدار 15 كيلوكالوري/كغ/اليوم حتى الوصول إلى 200 كيلوكالوري/كغ/اليوم، في نهاية الخطة العلاجية. تقسم كمية السائل العلاجي مرة كل ساعتين بطريق الفم شرباً، وقد يتطلب الأمر اللجوء إلى الأنبوب الأنفي المعدي في البداية إذا كان الطفل غير قادر على شرب السائل بسبب القمه. وإذا تطلب الأمر اللجوء إلى الأنبوب الأنفي المعدي فيجب تثبيت مقدار الوارد من السائل على 100 كيلوكالوري/كغ/اليوم طالما استمر وجود الأنبوب الأنفي المعدي. يضاف كل مما يلي على السائل لكل لتر: كلور البوتاسيوم (1غ)، والمغنزيوم (500ملغ) والزنك (20ملغ) والنحاس (2ملغ)، كما يضاف الفيتامين A (50.000 وحدة دولية تحت عمر 6 أشهر، و 100.000 وحدة دولية للرضع

خلفية وهدف البحث BACKGROUND & OBJECTIVE

بقيت نسبة الموت أثناء الاستشفاء للأطفال المصابين بسوء التغذية الشديد مرتفعة تصل إلى ما يقارب 40-50%. وفي العام 1999 صدرت خطة علاجية جديدة أدت لتخفيض نسب الوفاة إلى ما دون 5%، باستخدام سائل تركيبي خاصة يتم تركيبها في المشفى، وتعطى وفق خطة خاصة. يهدف البحث إلى تحري قابلية هذه الخطة للتطبيق في سورية باختبارها في قسم الأطفال في مشفى دمشق لمدة 9 أشهر، واختبار فعاليتها في العلاج وهذه الدراسة هي الأولى التي تجرى في القطر في هذا المجال.

مقدمة INTRODUCTION

تقدر منظمة اليونيسيف في الإحصاء الذي قامت به عام 1995 بالتعاون مع المركز الوطني للإحصاء أن 1% من الأطفال تحت عمر 5 سنوات مصابون بسوء التغذية، ويشكل سوء التغذية الشديد مسألة ملحة في العلاج في المشافي، نظراً للعدد الملحوظ الذي تستقبله المشافي من أطفال مصابين بهذا المرض، وقد بقيت نسب الموت مرتفعة، كما بقيت نسب كسب الوزن ضئيلة أثناء الاستشفاء.

مع صدور المخطط العلاجي الجديد لمنظمة الصحة العالمية ولجنة التغذية في الجمعية الفرنسية لطب الأطفال لتدبير سوء التغذية الشديد، فقد سجل انخفاض في نسب الوفيات حتى قاربت 5% في الكثير من المراكز، بالإضافة إلى ما يتميز به هذا المخطط من سهولة التطبيق والفعالية العلاجية.

الوزن / غرام	العدد	النسبة المئوية
أقل من 3000	9	56.25
3000-4000	2	12.5
4000-6000	5	31.25

الجدول رقم 2: توزيع المصابين بالسغل بالنسبة لأوزانهم

من 6-12 شهراً، و200.000 دولية بعد عمر 12 شهراً، ويضاف حمض الفوليك بمقدار 5 ملغ في اليوم الأول ثم 1 ملغ يومياً. يعطى الطفل الصادات ضد سلبيات الغرام أثناء الاستشفاء لتجنب الإنتان. وتتم مراقبة كل من الوزن، وتطور الأعراض، وتطور الحالة الإنتانية، والحالة الشاردية مع دراسة مدة الاستشفاء اللازمة. ويعتبر الطفل شافياً من سوء التغذية في نهاية الخطة العلاجية إذا تجاوز Z-Score ناقص ثلاثة انحرافات معيارية، مع زوال الأعراض وضبط الشوارد والحالة الإنتانية إذا وجدت.

قورنت نتائج زيادة الوزن ووسطى الاستشفاء في المجموعة المدروسة مع نتائج دراسة سابقة راجعة على عينة من 21 طفلاً تمت معالجتهم عامي 1997-1998 في نفس القسم، باستخدام المخطط العلاجي القديم المعتمد على التغذية بالحليب المنزوع اللاكتوز ببداية 70 كيلوكالوري/كغ مع زيادة يومية بمقدار 5 كيلوكالوري/كغ حتى الوصول إلى 150 كيلوكالوري/كغ/اليوم في نهاية الأسبوع الثاني.

النتائج RESULTS

ضمت الدراسة 21 طفلاً بينهم 12 ذكراً و9 إناث، تراوحت أعمارهم بين 40 يوماً و36 شهراً. كانت أوزان الأطفال المشمولين في الدراسة بالنسبة لأطوالهم أقل من ناقص ثلاثة انحرافات معيارية على جدول Z-Score المحدد من قبل منظمة الصحة العالمية، والذي بين وجود 16 حالة سغل و5 حالات كواشيركور سغلي، ولم تسجل أية حالة كواشيركور. تراوحت أعمار المصابين بالسغل بين 40 يوماً و36 شهراً بوسطى 8 أشهر ونصف. الجدول رقم 1.

السغل		
العمر	العدد	النسبة المئوية
أقل من 100 يوماً	6	37.5
120-210 يوماً	5	31.25
420-540 يوماً (14 - 18 شهراً)	4	25
ثلاث سنوات	1	6.25

الجدول رقم 1: توزيع الأعمار بالنسبة للأطفال المصابين بالسغل

تراوحت أوزان الأطفال المصابين بالسغل بين 2000-7500 غراماً، بوسطى 3970 غراماً.

تراوحت أعمار المصابين الكواشيركور السغلي بين 12-15 شهراً، بوسطى 12 شهراً و23 يوماً، وتراوحت الأوزان بين 6300-8000 غ بوسطى 7000 غ.

كانت الأعراض كما يلي: الإسهال 71.42%، والارتفاع الحروري 61.9%، وفطرت الاستثارة 38.09%، والإقياء 52.38%، والسعال 42.85%، والزلة التنفسية 19.4%. الودمات شوهدت في كل حالات الكواشيركور السغلي ولم تشاهد في السغل، حيث كانت الودمات عامة للأطراف العلوية والسفلية والأجفان في 80%، وكانت محصورة في الأطراف السفلية فقط في 20%. الإندفاعات الجلدية المصطبغة شوهدت في 40% من المصابين بالكواشيركور السغلي، ولم توجد في أية حالة سغل.

تم تشخيص ذات رئة بصورة الصدر في 9.52% (حالات سغل)، وأجري بزل السائل الدماغي الشوكي 5 مرات فكانت نتائج طبيعية، وأجري زرع الدم في 5 حالات فكان سلبياً، وفي كل الحالات أجري فحص بسيط للبول والراسب ولم يوجد ما يشير في أية حالة إلى وجود إنتان بولي.

كان صوديوم الدم منخفضاً في حالي سغل (9.52%)، وكان بوتاسيوم الدم أقل من 3.5 ملي مكافئ/لتر في حالة سغل واحدة فقط وطبيعياً في بقية الحالات، وقد عادت قيم كل من البوتاسيوم والصوديوم طبيعياً في نهاية فترة الاستشفاء. بروتينات المصل كانت منخفضة في 28.5% (ست حالات: حالتا سغل وأربع حالات كواشيركور سغلي)، وانخفض الألبومين في 23%، وكان 80% من مرضى الكواشيركور السغلي مصابين بنقص الألبومين (4 مرضى) بمقابل 6.25% في السغل (حالة واحدة فقط)، وقد عادت قيم البروتينات والألبومين إلى الحدود الطبيعية في كل الحالات في نهاية الاستشفاء.

احتاج إلى المرحلة الأولى من العلاج 7 أطفال أي بنسبة 33.3%، (بينما كانت المرحلة الأولى غائبة في 66.7% من

الإناث				
العمر/اليوم	الطول /سم	-3SD	وزن القبول/كغ	وزن الخروج/كغ
120	56	3	3	3.4
480	76	7.2	6	7.2
480	70	6	6	7.5
1080	87	9	7.5	8.4
420	72	6.4	6.2	7.5
الذكور				
97	54	2.6	2.6	3.5
135	49	2.1	2.1	3.25
210	65	5	4	4.45
540	72	6.8	6	7.9
67	50	2.2	2.2	3.1
40	50	2.2	2.2	2.55
120	53	2.4	2.4	3
43	49	2.1	2	2.9
120	55	2.7	2.7	4.1
90	49	2.1	2	3.1
50	54	2.6	2.6	3.2

الجدول رقم 5 أوزان أطفال العينة المصابين بالسغل و أطوالهم بالمقارنة مع Z-Scor حسب الجنس

النسبة المئوية	العدد	نسبة كسب الوزن المثوية بالنسبة لوزن القبول
18.75	3	20-11.25
37.5	6	30-21
12.5	2	40-31
18.75	3	50-40.9
12.5	2	50
100	16	الكلية

الجدول رقم 6 : نسب كسب الوزن المثوية
بالنسبة للأطفال المصابين بالسغل

كانت نسبة كسب الوزن (بالنسبة لوزن القبول) في السغل أثناء الاستشفاء تتراوح بين 11.25-51.385%، بوسطي 30.41% للطفل الواحد، علماً بأن ما يقارب النصف أي 56.25% من الأطفال قد حصل لديهم كسب وزن بين 11.25-30%، وغالبية الأطفال (87.5%) قد حصل لديهم كسب وزن من 11.25-50% بالنسبة لوزن القبول، أما في العينة المعالجة بالمخطط القديم، فقد كان وسطي كسب الوزن 3.41% أي بفارق 26.93% عن المخطط العلاجي الجديد. أما الكواشيركور السغلي فقد تراوح كسب الوزن من 1.42-12.67%، وقد

(الحالات)، 5 أطفال منهم مصابون بالسغل واثنان مصابان بالكواشيركور السغلي، وقد استمرت المرحلة الأولى من العلاج من 0-7 أيام، بوسطي 1.23 يوماً. يبين الجدول رقم 3 مدة المرحلة الأولى بالنسبة لعدد الأطفال.

عدد أيام المرحلة الأولى	عدد الأطفال	النسبة المئوية
0	14	66.6
2	4	19.04
5	1	4.76
6	1	4.76
7	1	4.76
الكلية	21	100

الجدول رقم 3 : مدة المرحلة الأولى

أما المرحلة الثانية، فقد استمرت عند كل الأطفال بين 4-18 يوماً بوسطي 7.61، وقد لزم إطالة مدة المرحلة الثانية إلى أكثر من سبعة أيام لإخراج الطفل من سوء التغذية في 6 حالات من السغل (28.57% من العدد الكلي). كانت مدة المرحلة الثانية أقل من 7 أيام في ثلاث حالات (حالتا سغل وحالة كواشيركور سغلي واحدة) خرجت على مسؤولية الأهل قبل إتمام العلاج، فكان وسطي مدة الاستشفاء الكلية 9.29 يوماً، متقاربة بين كل من السغل والكواشيركور السغلي (9.39 يوماً في السغل بمقابل 9 أيام في الكواشيركور السغلي) بينما كان وسطي مدة الاستشفاء الكلية في العينة المعالجة بالمخطط القديم 12.6 يوماً مشيراً إلى اختصار نسبته 25.47% من مدة الاستشفاء في الخطة العلاجية الجديدة.

المدة / اليوم	العدد	النسبة المئوية
4	2	9.52
5	1	4.76
7	12	57.14
8	2	9.52
9	1	4.76
10	2	9.52
18	1	4.76
الكلية	21	100

الجدول رقم 4 : مدة المرحلة الثانية

تجاوز وزن الطفل عند التخرج ناقص ثلاثة انحرافات معيارية وخرج بالتالي من حالة سوء التغذية في جميع الحالات ما عدا حالتين سغل حيث تخرج الطفل فيهما على مسؤولية الأهل دون موافقة الأطباء. يبين الجدول 5 أوزان القبول والتخرج بالمقارنة مع أوزان جدول Z-Score ووزنان القبول.

ويلاحظ في الدراسة رجحان طفيف للذكور حيث بلغت نسبة الذكور من المجموع العام 57%، ولكنه رجحان لا نوعي.

يلاحظ أن كل الأطفال المجموعة المدروسة ينتمون إلى فئة الرضع، حيث 95.23% من الأطفال هم ذوو أعمار أقل من 18 شهراً بينما نسبة 4.77% (طفل واحد فقط) كان عمره ثلاث سنوات، ويلاحظ أن فئة صغار الرضع تشغل حيزاً كبيراً حيث أن 52.38% من الأطفال ينتمون إلى فئة ما دون 7 أشهر من العمر. أما المصابون بالكواشيركور السغلي، فينتمون إلى فئة عمرية بعد نهاية السنة الأولى من العمر، وهو مطابق للملاحظة العلمية بأنه لا يحدث عموماً إلا بعد نهاية السنة الأولى من العمر.¹

إن انتماء المصابين بسوء التغذية الشديد إلى فئة الرضع عموماً وصغار الرضع خصوصاً يشير بشكل لا مباشر إلى أن أخطاء التغذية هي المسؤول الأكبر عن حدوث سوء التغذية، حيث أن هذه الأعمار تتطلب برامج محددة موصوفة طبياً في التغذية لتجنب الأخطاء الفادحة التي قد تكون مسؤولة عن أمراض مختلفة منها سوء التغذية الشديد، وهذه الملاحظة مطابقة لملاحظة Briend التي يبين فيها أن سوء التغذية قد يصيب الطفل في عائلة لا يشكو أي فرد فيها من سوء التغذية أساساً.⁵

إن التعامل في هذا المرض يتم في كثير من الحالات مع أوزان صغيرة، حيث أن 68.75% من الأطفال في دراستنا ينتمون إلى فئة أوزان أقل من أربعة كيلو غرامات، وإن مجمل أوزان الأطفال المصابين بالسغل هي أقل من أوزان الأطفال المصابين بالكواشيركور السغلي، نظراً إلى أن الفئة الأخيرة قد تجاوزوا السنة الأولى من جهة كما يكون طفل الكواشيركور السغلي مصاباً بوزنات من جهة أخرى، وفي كل الأحوال، فإن انتماء هؤلاء الأطفال إلى فئة الأوزان القليلة توجب اليقظة والحذر وتوخي الدقة في تطبيق المخطط العلاجي ودقة تنفيذه ومتابعة تطور الطفل أثناء الاستشفاء.

فيما يتعلق بالأعراض، فالإسهال عرض متكرر الحدوث وهو أكثر الأعراض تواتراً، ولكنه غير ثابت، وكثيراً ما يكون الإسهال هو العرض الأول الأساسي الذي يستدعي مراجعة الأهل لطبيب الأطفال بدون الانتباه إلى أن الطفل يشكو من سوء التغذية، أما بقية الأعراض فتفاوتت فيما بينها في نسب الحدوث بين 19.4-61.9%، وهي لا نوعية وغير ثابتة الحدوث إلا الوددمات، فهي

حصل خسارة في الوزن عند طفل واحد خسر 6.06% من وزنه، وكان وسطي كسب الوزن بالنسبة لوزن القبول 4.14%، وفي كل الأحوال فقد تم تخريج أطفال الكواشيركور السغلي في نهاية الاستشفاء وهم شافين من سوء التغذية.

المناقشة DISCUSSION

يشغل سوء التغذية الشديد مساحة هامة من العمل في أقسام الأطفال في مشافي سورية، كما تقدر منظمة الصحة العالمية أن 47% من الوفيات في العالم الثالث ترافق سوء التغذية الشديد.¹

وقد وضعت منظمة الصحة العالمية تبعاً لذلك خطة علاجية للأطفال المقبولين في المشافي في عام 1980 يعتمد على العلاج بالحليب منزوع اللاكتوز، إلا أن نسب الموت بين الأطفال المعالجنين بقيت مرتفعة في المشافي، وقاربت في كثير من الأحيان 40%.^{1,2}

في العالم 1999 اعتمدت منظمة الصحة العالمية رسمياً المخطط العلاجي المقترح الجديد لعلاج سوء التغذية الشديد³ وكانت لجنة التغذية في الجمعية الفرنسية لطب الأطفال قد اعتمدت هذه الطريقة العلاجية الجديدة عام 1998،⁴ وقد نوهت المقالات والأبحاث المنشورة أن تطبيق هذه الخطة قد أدى إلى انخفاض نسب الموت وأصبحت ما يقارب 5%.^{1,4}

و نظراً لأهمية المرض وإلى محدودية فعالية الخطة القديمة في العلاج فقد قمنا بتطبيق هذه الطريقة العلاجية الجديدة، ودراستنا هذه تهدف إلى اختبار قابليتها للتطبيق واختبار فعاليتها لأول مرة في سورية.

بالنسبة للعيينة المدروسة فقد تمت الدراسة على كل الأطفال المقبولين بسوء التغذية البروتيني الشديد في قسم الأطفال في مشفى دمشق من 2001/1/1 وحتى 2001/9/1 وذلك بغض النظر عن حالتهم السريرية عند القبول حسنة أو سيئة، مع مراعاة شرط وحيد لإدخال الطفل في الدراسة وهو ألا يكون هنالك مرض مسبب لسوء التغذية، وذلك لنفي عامل التحيز من نتائج الدراسة.

أفراد المجموعة المدروسة مطابقون في إدخالهم ضمن إطار سوء التغذية الشديد للتعريف المعتمد من منظمة الصحة العالمية،



أما فيما يتعلق بمراحل العلاج فإنه كلما كانت المرحلة الأولى أقصر كلما كانت فترة العلاج أقصر، وبالتالي تكون فترة الاستشفاء أقل، مما يعطل الرغبة في تجاوز المرحلة الأولى بأسرع ما يمكن حيث أن ذلك سيؤدي إلى تقصير مدة الاستشفاء (لأن مدة المرحلة الثانية ثابتة لا تتغير وهي 7 أيام).

بالنسبة للسوائل المستخدمة في العلاج، فهي سوائل سهلة التركيب يمكن لأعضاء الفريق الطبي التمريضي أن يركبها بنفسه اعتباراً من مواد متوفرة ورخيصة الثمن، وقد استخدمنا في خطتنا سائل F100 (أما استخدام سائل F75 المقترح في خطة منظمة الصحة العالمية فليس قاطعاً،¹² والكثير من المنظمات التي تطبق علاج سوء التغذية الشديد -مثل أطباء بلا حدود- لا تستخدم سائل F75 وتستخدم سائل F100 فقط).

إن طريقة تجزئة السائل على وجبات متعددة مرة كل ساعتين له ميزة هامة في تجنب خفض سكر الدم الذي يكثر حدوثه عند مرضى سوء التغذية والمسؤول عن نسبة من الوفيات.²

كان عدد الأطفال الذين تطبوا المرحلة الأولى بالجوء إلى الأنبوب الأنفي المعدي من العلاج محدوداً، فثلثا الأطفال لا يحتاجون لها لغيب القمه، وعند وجود المرحلة الأولى فإن مدتها قصيرة نسبياً حيث يكون الوسطي فيها 1.23 يوماً.

تشير نتائج دراستنا إلى أن فترة 7 أيام كافية عموماً لإخراج الطفل من حالة سوء التغذية، حيث أن جميع الأطفال الذين أتموا مدة العلاج قد شفوا من حالة سوء التغذية. ويلاحظ في خطة العلاج اختصار 25.47% من مدة الاستشفاء للطريقة القديمة، مما يضيف ميزة هامة إلى الطريقة الجديدة.

إن زيادة الوزن أثناء الاستشفاء هي الهدف الأول في علاج سوء التغذية، وقد حقق هذا الهدف بنجاح في دراستنا، وهي نتيجة كبيرة بحد ذاتها تشير إلى فعالية الخطة العلاجية خاصة إذا ما قورنت بزيادة الوزن في الخطة القديمة، وبالتالي، فإن الخطة العلاجية الجديدة تضيف وسطياً 26.93% إضافية إلى الوزن عند التخرج بالمقارنة مع الخطة القديمة. كانت نسبة زيادة الوزن في حالات الكواشيركور السغلي نهاية الخطة العلاجية أقل من زيادة الوزن في السغل، بسبب زوال الودمات، وفي كل الأحوال، ورغم

من علامات الكواشيركور السغلي التشخيصية والتي لا توجد في السغل. وفيما يتعلق بالإنذاعات الجلدية، فهي محصورة في مجموعتنا في 40% من حالات الكواشيركور السغلي فقط، وقد اختلفت النظريات في تعليل ظهورها، وأقواها وأثبتها هو أنها قد تكون ناتجة عن عوز الزنك المرافق للمرض.¹

يبدو أن وجود البور الإنتانية محدود في دراستنا، حيث لم يوجد إنتان مثبت إلا في 9.52% من الحالات وهما حالتا ذات رئة، أما زرع الدم فقد كان سلبياً في الحالات الخمس التي أجري فيها، وكذلك الأمر بالنسبة لبزل السائل الدماغي الشوكي الذي كان سلبياً في الحالات الخمس التي أجري فيها، كما لم توجد أية حالة إنتان بولي في الحالات الواحد والعشرين التي أجري فيها، كل هذا يشير إذن إلى أن احتمال إصابة الطفل المصاب بسوء التغذية الشديد بالإنتان قبل الدخول إلى المشفى محدود وغير شائع ولكن تأكيد ذلك قد لا يمكن تحقيقه إلا في مجموعة أكبر عدداً من مجموعتنا، إذ أن الكثير من المراجع العالمية قد أشارت إلى تكرار حدوث الإنتانات البولية في 62% والصدية في 37%⁶⁻¹¹ وتؤكد المصادر المختلفة أن تغطية المريض بالصادات يساهم إلى حد بعيد في خفض نسب الوفيات، حيث أن حوالي 32% من الوفيات تتراقق بإنتانات مختلفة.¹¹

لا يلاحظ لدى أطفال المجموعة انخفاض في قيم البوتاسيوم المصلية إلا في حالة سغل واحدة، ورغم ذلك فإن إضافة البوتاسيوم على سائل التغذية عنصر هام في الخطة العلاجية كما هو مبين،^{1,3,4} بسبب نفاذ مخزون الجسم منه بسبب ضمور العضلات التي هي المخزن الرئيس لهذه الشاردة، وعودة البناء العضلي أثناء العلاج يتطلب تزويد الجسم بالبوتاسيوم.

أما الصوديوم فقد كان منخفضاً في حالتي سغل، وقد عاد إلى قيمه الطبيعية في نهاية العلاج رغم أن الخطة لا تتضمن إضافة الصوديوم على سائل التغذية، وهكذا يتم ضبط الصوديوم تلقائياً في الخطة العلاجية.^{1,3,4}

أما فيما يتعلق بالبروتينات، فيعود انخفاض بروتينات المصل لدى المصابين بالمرض إلى اضطراب التركيب الكبدي لها،¹ ولكنها علامة مخبرية غير ثابتة كما بينته دراستنا، خاصة في السغل.

- تشير بشكل واضح إلى تقدم ملحوظ في هذه النقطة.
- إن تطبيق المخطط العلاجي الجديد المعتمد من منظمة الصحة العالمية لتدبير سوء التغذية الشديد لأول مرة في سورية في قسم الأطفال في مشفى دمشق قد بين ما يلي:
- 1- قابلية وسهولة هذا المخطط في التطبيق العلاجي لتدبير سوء التغذية الشديد في المشفى.
 - 2- فعالية هذا المخطط في إنقاص مدة الاستشفاء بشكل ملحوظ.
 - 3- فعاليته في إخراج الأطفال المصابين بسوء التغذية الشديد وشفائهم من حالة سوء التغذية الشديد.
 - 4- فعاليته في السيطرة على الاضطرابات الشاردية والبروتينية.
 - 5- فعاليته أثناء الاستشفاء في خفض نسب الوفيات الناجمة.

الخلاصة CONCLUSION

تؤكد الدراسة على توصيات منظمة الصحة العالمية وتوصيات لجنة التغذية في الجمعية الفرنسية لطب الأطفال باتباع هذه الخطة العلاجية في تدبير سوء التغذية البروتيني الحاروري، وعلى ضرورة تعميمها وإحلالها مكان الخطة القديمة.

ذلك فإن جميع المصابين بالكواشيركور سغلي قد تخرجوا شافين من سوء التغذية.

إن خفض نسب الوفاة هو أحد أهم أهداف وميزات الخطة العلاجية الجديدة، فنسب الوفاة كانت مرتفعة في الخطة القديمة حيث بلغت 38%¹، وغالباً ما كانت تحدث الوفيات بأسباب عديدة، منها قصور القلب بفقرط الحمل بسبب التسريب الوريدي لإعاضة التجفف، والإنتانات ونقص السكر وانخفاض الحرارة⁵، كل هذه الأمور يتم تجاوزها في الخطة الجديدة، حيث أن منع علاج التجفف إلا بالطريق الفموي والتغطية المباشرة بالصادات، وإعطاء السائل العلاجي مرة كل ساعتين كل ذلك يمنع أسباب الوفاة، وقد بينت الأبحاث أن الخطة الجديدة تتميز بقدرتها على خفض نسب الوفيات إلى ما يقارب 5%^{1,4,5}، أما في مجموعتنا فهذه الميزة واضحة تماماً حيث لم تسجل أية حالة وفاة بين الأطفال الذين عالجنهم بالمخطط العلاجي الجديد، مما يشير إلى فعالية هذه الخطة في خفض نسب الوفيات العامة بسوء التغذية الشديد، ولكن تأكيد نسب الوفاة بشكل نهائي وقاطع لا يمكن أن يتم إلا في مجموعة دراسة أكبر من مجموعتنا، على أن هذه النتيجة المبدئية

REFERENCES

1. Briend A, Marie B, Dejeux JF. Traité de nutrition pédiatrique, la malnutrition protéino-énergétique dans les pays en voie de développement, première édition, Paris: Maloine, 1996. p. 467-512.
2. Ashworth A. treatment of severe malnutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2001;32(5) p516-8.
3. World health organization management of severe malnutrition, a manual for physicians and other senior health workers first edition, Geneva: world health organization 1999. p. 1-30.
4. Beaufrère B, Bresson JL, Briend A, et al. Besoins en protéines et en énergie de l'enfant atteint de malnutrition sévère, application du traitement en milieu hospitalier de la malnutrition par carence d'apport. Arch pédiatrie 1998;5:763-71.
5. Briend A, la malnutrition de l'enfant, évaluation de l'état nutritionnel d'une population, first edition, Bruxelles: Institut Dannon 1998. p. 20-32.
6. Shimeles D, Lulseged S. Clinical profile and pattern of infection in Ethiopian children with severe protein-energy malnutrition, Ethiopia. East Afr Med J. Apr 1994;71(4):p264-7.
7. Pecoul B, Soutif C, Hounkpevi M, et al. Efficacy of a therapeutic feeding center evaluated during hospitalization and a follow-up period, Tahoua, Niger 1987-1988. Ann Trop Paediatr (England), 1992;12(1) p.47-54.
8. Aref GH, Osman MZ, Zaki A, et al. Clinical and radiologic study of the frequency and presentation of chest infection in children with severe protein energy malnutrition. J Egypt Public Health Assoc. (Egypt), 1992;67(5-6) p.655-73.
9. Granados A, Diaz S, Salas D, et al; Immunologic characteristics of undernutrition. Invest-Clin. 1996;37(2):95-111.
10. Sall MG, Toure M, Vol S, et al. Effects of refeeding on serum immunoglobulin (IgA, IgG, IgM) concentrations in children with severe protein-energy malnutrition. Arch Pediatr (France). 1994;1(2):132-6.
11. Friedland IR. Bacteraemia in severely malnourished children. Ann Trop Paediatr (England), 1992;12(4):p.433-40.
12. Briend A. Management of severe malnutrition: efficacious or effective? J Pediatr gastroenterol Nutr (United States), May 2001;32(5):p.521-2.



مقارنة بين الرشافة بالإبرة الدقيقة
والدراسة النسجية للآفات الرئوية والمنصفية

FNA COMPARED TO HISTOLOGICAL STUDIES OF
PULMONARY AND MEDIASTINAL LESIONS

د. لينا الحفار، د. محمود زغبى

L.Haffar, M.D.; MK.Zougheiby, M.D.

ملخص البحث

هدف البحث: مقارنة نتائج الرشافة بالإبرة الدقيقة FNA مع نتائج الخزعات للآفات داخل الصدرية (رئوية ومنصفية) ووضع استطباب صريح للـ FNA .
المواد والطرق: دراسة سريرية-تشريحية مرضية، شملت 68 مريضاً من مشفى الأسد الجامعي بدمشق، أجري لدى 45 منهم FNA وخزعة معاً، أجري للمرضى الباقين (23 مريضاً) FNA فقط. من بين جميع الحالات كانت هناك 14 آفة منصفية. النتائج: وجد لدى 42 مريضاً سرطاناً، وكانت السرطانة الغدية هي الأكثر شيوعاً. بلغت حساسية الرشافة بالإبرة الدقيقة 90% وبلغت النوعية 92%، بينما لم تتجاوز الدقة لمجمل الآفات 75%. الخلاصة: لم يكن للخزعات أية أفضلية على الرشافة فيما يخص تقييم الآفات الرئوية المحيطية الخبيثة، ولكن هذا لا ينطبق على الآفات السليمة أو المنصفية. لذا يمكن اعتبار الرشافة بالإبرة الدقيقة الإجراء المختار لتشخيص الآفات المشتبه بكونها خبيثة. وتستطب الخزعة بالإبرة عندما يكون تشخيص الخباثة بالرشافة غير مؤكد أو عند الحاجة لمعلومات أكثر دقة تتعلق بالبنية النسيجية أو لإجراء تقانات مكمل كالتلوينات المناعية.

ABSTRACT

Objective: To determine the utility of cutting needle biopsy compared with fine needle aspiration (FNA) in the diagnosis of lung and mediastinal lesions.

Methods & Patients: Clinicopathological study of 68 patients at Al Assad University Hospital in Damascus. 45 patients had both biopsy and FNA. 23 had FNA alone. There were 14 had mediastinal lesions.

Results: 42 patients had carcinoma. Adenocarcinoma was the most frequent of the pulmonary carcinomas. Sensitivity of FNA was 90%; specificity was 92%; and accuracy was 75% for all lesions.

Conclusion: Biopsy offered no substantial advantage over FNA in the evaluation of peripheral malignant lung lesions. This was not true for the benign or mediastinal lesions. Therefore, the authors recommend the use of FNA biopsy as the initial diagnostic procedure in all cases of suspected malignancy. The use of the cutting biopsy is recommended when the diagnosis of malignancy by FNA is uncertain, or when a more detailed characterization of the lesion is required.

JABMS 2003;5(1):99-106E

*L.Haffar, M.D., Pathology Department, Assad University Hospital, Damascus, Syria.

*MK.Zougheiby, M.D., Chest Department, Assad University Hospital, Damascus, Syria.



هدف البحث OBJECTIVE

يهدف البحث لمقارنة نتائج الرشفة بالإبرة الدقيقة FNA بنتائج الخزعة في الآفات داخل الصدرية (الرئوية والمنصفية) والتوصل إلى وضع استطببات محددة لإجراء ال-FNA.

مقدمة INTRODUCTION

أجريت أول خزعة رئوية في بلجيكا، لدى مريض مصاب بذات الرئة عام 1886. بينما أجريت أول خزعة رئة بالمتقنب DRILL BIOPSY في سوريا عام 1976 وكانت نتيجتها التهاب وتليف سنخي. وقد بدأ الاسكندنافيين بإجراء الرشفة بالإبرة الدقيقة في العقود القليلة المنصرمة، ومنذ ذلك التاريخ أصبح هذا الإجراء شائعاً للغاية.

إن موثوقية الرشفة بالإبرة الدقيقة reliability تتعلق بعدة أمور مثل نوعية العينة التي تتعلق بالشعاعي أو أخصائي الصدرية وخبرته في هذا المجال، وبطريقة معاملة العينة من حيث تثبيتها الجيد وتلوينها أي ما يتعلق بالمخبري الجيد. وأخيراً بمقاربة العينة التي تحتاج العين الخبيرة للمشرح المرضي المختص بالخلويات Cytopathologist.

إن الإفادة الرئيسية للرشفة profitability هي تشخيص الآفات الورمية الخبيثة، وتبلغ حساسيتها sensibility في الإحصائيات العالمية حوالي 85%¹. وأسباب السلبية الكاذبة غالباً ما تعود لمشاكل تقنية مثل وضع الإبرة بمكان مجاور للورم (كخزعة الالتهاب أو التليف حول الورمي). أو قلة أو انعدام الخلوية، مما يستدعي الإعادة. وكقاعدة فإن ثلاثة فحوص سلبية للرشفة، أجريت بيد شعاعي خبير تعني السلامة في أكثر من 90% من الحالات. أما نوعية الرشفة specificity فتبلغ 95%، بينما تبلغ الإيجابية الكاذبة حوالي 1%^{2,3}. والتشخيص الخاطئ الأكثر شيوعاً يحدث عادة في حالات السرطانة الغدية عند وجود القليل فقط من الخلايا الشاذة.

المواد والطرق MATERIALS & METHODS

استهدفت الدراسة 68 حالة متتالية consecutive شخصت خلال فترة عام تقريباً. تراوحت الأعمار بين 14-74 عاماً، وبلغ

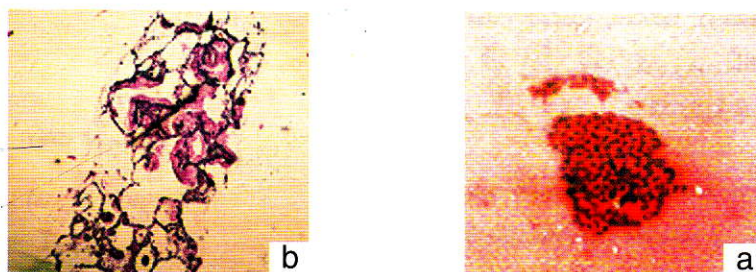
العمر الوسطي 58 عاماً، مع غالبية فوق عمر 45 سنة، ووجود 3 حالات بأعمار 14 و26 و28 عاماً. كانت نسبة إصابة الذكور للإناث = 53:15، برجحان لدى الذكور.

جميع الحالات، عدا اثنتين، خضعت لتتنظير قصبات سلمي. وقد أجريت 22 حالة FNA دون الحاجة لإجراء الخزعة و45 حالة FNA مع خزعة. استبعدت حالة واحدة لمريض مصاب بكيسة مائية في غرفة التصوير الطبقي المحسب عند ظهور السائل الرائق لآفة لم تكن وصفية شعاعياً. استعملت الإبرة العادية أو اللولبية بمرافقة التصوير الطبقي المحوري المحسب للحصول على الرشفة FNA، بينما استعمل ال-AUTOVAC للحصول على الخزعات القاطعة True Cut Needle Biopsy، دوماً بتوجيه التصوير الطبقي المحوري .

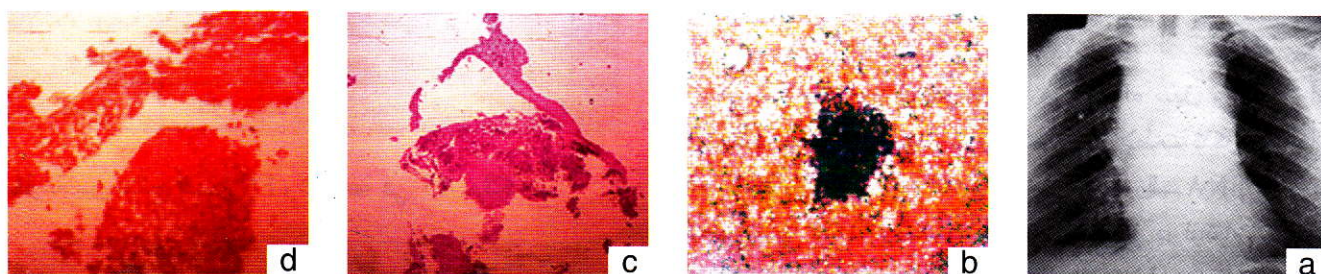
تراوحت أقطار الإبر المستعملة لإجراء ال-FNA بين 21-23 و/أو الإبر الحلزونية بقياس 22 للآفات العميقة. 4-9 كان AUTOVAC المستعمل بطول 10 سم وقطر 17، وقد استعمل لجميع الكتل المحيطية المشتبهة أو الظلال غير المفسرة في الرئة والمنصف. وقد تم اختيار خزعة 2 أو 4 سم تبعاً لحجم الكتلة المدروسة.

طريقة إجراء الخزعات المنصفية:¹⁰ يمكن الحصول على هذه الخزعات إما من خلف القص أو بجوار القص، على بعد 3 سم عن الحافة القصية، والطريقة الأولى مستطبة للكتل المتوضعة مباشرة خلف القص، حيث يحقن مخدر موضعي على الحافة الجانبية للقص، ثم نتقدم جانبياً ببطء شديد بمقدار 0.5-1 مم في كل مرة. وعندما تصبح مباشرة على الحافة الجانبية بين الضلعية، نحاول اختراق الحلقة الغضروفية بضغط لطيف، وإذا لم تدخل الإبرة نحركها قليلاً نحو الجانب. الإبرة يجب أن تكون دوماً منحرفة الاتجاه للوسط والخلف، ولا يجب إدخالها بشكل عامودي داخل الحافة بين الضلعية خاصة عند المرضى البدنيين. وإذا لم نكن متأكدين تماماً من حواف الأبر الصاعد أو الوريد الأجوف العلوي أو العمق الأكيد للكتلة وقطرها، أو المكان الصحيح لرأس الإبرة، فالأفضل سحب الإبرة للخارج. ويمكن بالتأكيد حقن وسط ظليل لترسيم الأوعية الكبيرة، مع وضع أم الدم بعين الاعتبار. إن الإبر الكبيرة يجب ألا تدخل أبداً في نسيج رئوي سليم.

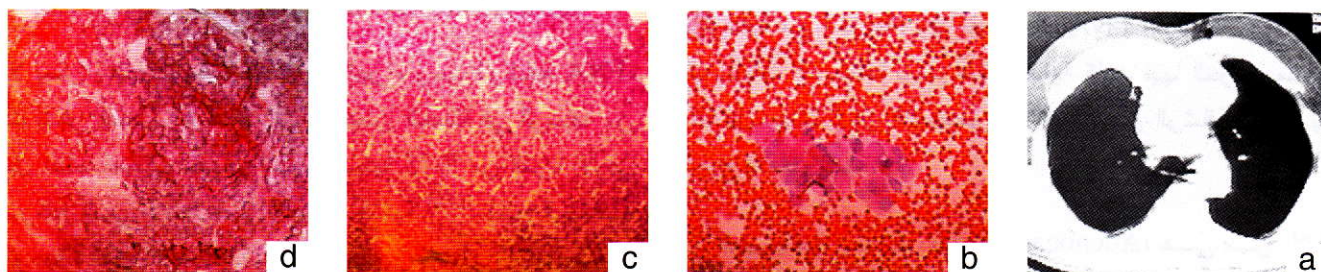




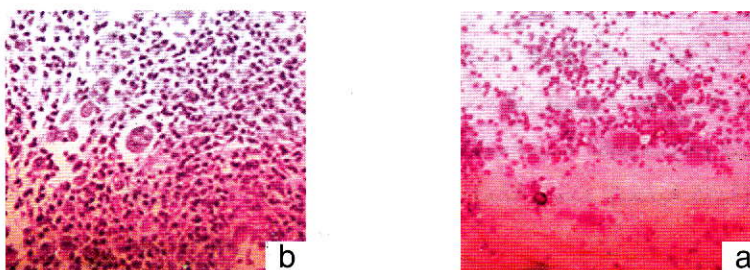
الشكل 1- السرطانة القصبية السنخية: a - الرشافة تبدي أعشاش خلايا ورمية قليلة الشذوذات.
b- الخزعة تظهر الخلايا الورمية المفرزة للمخاط المبطنه للأسناخ (هيماتوكسيلين-ايوزين H-E)



الشكل 2- لمفوما خبيثة بائية الخلايا (منصفية مرتشحة بالرئة): a - صورة شعاعية للصدر. b - الرشافة: شخصت ورم ذو خلايا صغيرة مدورة والجزم بين السرطانة صغيرة الخلايا واللمفوما كان صعباً.
c - الخزعة. d - التلوين المناعي بالمستضد الشائع للكريات البيض LCA الذي وضع التشخيص النهائي.



الشكل 3. الكارسينويد اللانمذجي: a- صورة الطبقي المحوري تظهر الكتلة المنصفية خلف القصية والممتدة للرئة.
b- الرشافة: لا تبدي أي تمايز غدي أو وسفي مع احتمال كونها عصبية صماوية بالتشخيص.
c - الدراسة النسجية للخزعة. d - التلوين المناعي بالكروموجرانين Chromogranin A أكد التشخيص.



الشكل 4 - لمفوما هودجكن منصفية a- الرشافة تظهر بالمركز خلية ريد-ستيرنبرغ مع خلفية مختلطة الخلايا. b - الخزعة أكدت التشخيص.

RESULTS النتائج

توزعت النتائج كالتالي:

الآفات الرئوية	عدد الحالات	الآفات المنصفية	عدد الحالات
سرطانة	42	لمفوما (هودجكن/لاهودجكن)	4
كيسة مائية	2	ورم توتي	3
LIP (ذات رئة خلالية لمفاوية)	2	قيح (جرثومي+)	3
تدرن	2	كيسة تأمورية	1
PNET	1	ورم عجائبي	1
حالات لا نوعية	5	ورم شحمي توتي	1
سلبية	1	ورم غلي شحمي توتي	1
المجموع	54		14

مقارنة بين نتائج الـ FNA والخزعة في 45 حالة:

الخزعة	FNA	
33	29	الايجابية الصحيحة TP
11	12	السلبية الصحيحة TN
0	1	الايجابية الكاذبة FP
1	3	السلبية الكاذبة FN*
45	45	المجموع

* لا يمكن اعتبار السلبية كاذبة من إجراء وحيد للرشافة FNA، حيث تذكر أفضل الدراسات أن تشخيص الخباثة في الرشافة من قبل اختصاصي خبرير تبلغ نسبتها 75% من المرة الأولى وترتفع إلى 85% في المرة الثانية.^{12,13} نتائج الحساسية والنوعية والدقة كانت كالتالي:

النتائج	FNA	الخزعة
الحساسية *Sensibility	%90.6	%98
النوعية *Specificity	%92.3	%100
Positive Predictive Value	%96.6	%100
Negative Predictive Value	%80	%91.6
فعالية الاختبار Efficiency	%91.1	%97.7
الدقة **Accuracy	%75	%95

* بالنسبة لمجمل الآفات المدروسة الخبيثة منها والسليمة، الرئوية منها والمنصفية. ويلاحظ تفوق الخزعة على الرشافة

بالحساسية والنوعية وخاصة بالدقة، ولو أننا انتخبنا الآفات الرئوية فقط والمشتبه بخباثتها لارتفعت أرقام الحساسية والنوعية والدقة إلى أعلى مما ذكر ومع ذلك فالأرقام التي حصلنا عليها مقارنة، رغم هذه الشروط المتباينة للدراسات العالمية.

** احتسب عدم الدقة من عدة حالات منها 7 حالات شخصت سرطانة carcinoma يغلب أن تكون غدية دون تأكيد، وحالة ورم توتي لبي خلاياه مغزلية ولا يحوي لمفاويات وحالة PNET ورم الظهارة العصبية البدئي التي تطلبت دراسات نسيجية مناعية للتشخيص.

DISCUSSION المناقشة

الرشافة بالإبرة الدقيقة FNA هي إجراء سهل وسريع وآمن ونتائجه جيدة، حيث لم تحدث أية اختلاطات تذكر. وقد كانت الخزعة الرئوية أو المنصفية مقارنة مع الـ FNA أو الإبرة الحزونية آمنة وضئيلة الاختلاطات في دراستنا، بينما ذكر ترافقها مع نسبة مرتفعة من الاختلاطات وأشيعها الريح الصدرية في بعض الدراسات الحديثة.¹¹

بالنسبة للآفات الرئوية، أعطت الرشافة نتائج جيدة، وكان التوافق كبيراً في حالات الخباثات، وخاصة السرطانة الغدية والوسفية مع الخزعة. وقد تفوقت الـ FNA أحياناً كما في إحدى الحالات المتعلقة بسرطانة وسفية كانت فيها الخزعة متتخرة بالكامل، بينما أمكن التشخيص بالاعتماد على الرشافة، وفيما يلي شرح للآفات المشاهدة:

السرطانة الغدية Adenocarcinoma: هي من الآفات

الأكثر مشاهدة في دراستنا، مما ينسجم مع زيادة حدوثها الذي تذكره غالبية الدراسات الحديثة والتي تشير أيضاً لظهور نمط ورمي أكثر عدوانية خاصة لدى الشباب (شوهدت لدينا حالة واحدة لأنثى عمرها 26 عاماً) وهذه الآفة تطرح تشخيصاً تفريقياً مع مايلي:

1- الآفات غير الورمية مثل ذات الرئة الفيروسيّة، التهاب القصبات المزمن، احتشاء الرئة، الآفات الحبيبية، التبدلات التالية للمعالجة الكيميائية والشعاعية وذوات الرئة الخلالية المزمنة (حالة واحدة لإيجابية كاذبة).^{2,3}

أعداد وحيدة النسيلة	للمفوما الخبيثة	سرطانة صغيرة (خلايا رئة)	ورم الأرومة العصبية	غرن عضلي مخطط	غرن ايونينغ
المستضد الشائع للكريات البيض LCA EMA	+(>%90)	-	-	-	-
المستضد الغشائي البشري Chromogranin A	-	+(>%90)	-	-	-
Synaptophysin	-	+(>%90)	+(>%90)	+(>%90)	-
Desmin	-	-	+(>%10)	-	-
Muscle Actin	-	-	-	+(>%55)	-
Vimentine	-	-	-	+(>%80)	-
HBA-71	-	-	-	+(>%60)	+(>%90)
	-	-	-	-	+(>%90)

جدول 1: التشخيص التفريقي لأورام الخلايا الصغيرة المدورة بالدراسة المناعية النسيجية

تصنيف ترافيس 1991	تصنيف ترافيس المعدل 1995
كارسينوما	I- أورام شائعة مع مظهر صماوي بالمجهر الضوئي
سرطانة عصبية صماوية جيدة التمايز	1- كارسينوما نموذجي
سرطانة عصبية صماوية قليلة التمايز	2- كارسينوما لا نموذجي
سرطانة عصبية صماوية صغيرة الخلايا	3- سرطانة عصبية صماوية كبيرة الخلايا:
سرطانة عصبية صماوية صغيرة وكبيرة الخلايا نماذج مركبة	1- مثبتة بالمناعيات أو بالمجهر الإلكتروني
سرطانة كبيرة الخلايا مع تمايز صماوي	2- سرطانة قليلة التمايز، احتمال أن تكون عصبية صماوية كبيرة الخلايا
	4- سرطانة صغيرة الخلايا
	1- صرفه
	2- مختلطة: صغيرة/كبيرة الخلايا
	3- سرطانة صغيرة مركبة مع سرطانات أخرى
	II- سرطانة غير صغيرة الخلايا مع بنى صماوية: (غدية أو وسفية) مثبتة بالمناعيات
	III- أورام عصبية صماوية بدنية غير شائعة

جدول 2. الأورام العصبية الصماوية في الرئة Neuroendocrine Tumors of Lung

• ورم توتي بشروي نمط A ويقابل الورم التوتي اللي من تصنيف M-H • ورم توتي بشروي نمط AB ويقابل الورم التوتي المختلط (لبي وقشري) • ورم توتي بشروي نمط B1 ويقابل الورم التوتي ذو الغالبية القشرية • ورم توتي بشروي نمط B2 ويقابل الورم التوتي القشري • ورم توتي بشروي نمط B3 ويقابل الكارسينوما التوتية جيدة التمايز • النمط C ويقابل الأورام التوتية البشروية غير المتعضية مثل: ■ الكارسينوما الشائكة المتقرنة ■ الكارسينوما الشائكة غير المتقرنة ■ الكارسينوما الشبيهة بالورم البشروي اللمفي ■ الكارسينوما العفلية ■ الكارسينوما رقيقة الخلايا ■ الكارسينوما المشبهة بالقاعدية ■ الكارسينوما المخاطية-البشروية ■ الكارسينوما غير المتميزة
وقد اعتبرت الأنماط A، AB، سليمة سريريا بينما اعتبرت الأنماط B1-3 ذات كمون خبيث منخفض الدرجة وأغلب أنواع النمط C عالية الخباثة

جدول 3. الأورام البشروية التوتية Thymic Epithelial Tumors

حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية 1999، مع مقابله دوماً بتصنيف M-H

الصقلي PNET/Ewing's Sarcoma المسمى بورم ASKIN في منطقة الصدر والرئتين ويشاهد غالباً عند اليافعين والشباب (مريضنا عمره 14 عاماً)، وهو مؤلف من تكاثر خلايا صغيرة مدورة متمائلة ويبيدي تشكلات زهيرية حول الأوعية الدموية وتشخيصه يحتاج لمقاطع نسيجية كافية مع إمكانية إجراء التلوينات المناعية (أي أنه يبيدي تمايز بشروي وعصبي معاً)¹⁸ وعلاجه مماثل لغرن إيونغ.

الآفات غير الورمية: وهي ليست الاستطباب الرئيسي للـ FNA، فإما أنها لا تضع التشخيص الصحيح أو تتسبب بإيجابية كاذبة مثل إحدى حالتنا LIP ذات الرئة الخلالية للمفاوية التي شخصت ورماً بسبب وجود فرط تصنع شديد بالخلايا الرئوية من النمط الثاني.¹³ الآفات الحبيبية لم يكن تشخيصها قطعياً وإنما كان موجهاً فقط ومؤكداً للسلامة.¹⁹

الآفات المنصفية:

الأورام التوتية البشرية (Thymic Epithelial Tumors) (وهو الاسم المفضل لإطلاقه اليوم على أورام التوتة)، وجدت 3 حالات بدراستنا، واحدة منها سليمة وكانت من النمط اللبي والاثنتان المتبقيتان من النمط القشري قليل الخباثة. قد يسهل وضع التشخيص بوجود المكونتين البشرية والمفاوية على الرشفة ولكن هذا لا ينطبق على جميع الأورام وبما أن التصنيف الأخيرة لأورام التوتة، خاصة تصنيف WHO 1999 (جدول 3)²⁰⁻²² جعلت من الشكل النسيجي عاملاً انذارياً هاماً فإن توفر مقاطع نسيجية ضروري لوضع التشخيص الدقيق عدا عن حاجتنا أحياناً لإجراء تلوينات مناعية لنفي آفات أخرى بهذا الموقع أهمها اللمفومات.

لمفومات المنصف: وهي شائعة بنوعيتها لمفوما هودجكن، وكانت لدينا حالتان إحداها شخصت نهائياً بواسطة الـ FNA، وفي الأخرى كانت الرشفة موجبة فقط. ولمفوما لاهودجكن ولها أشكال خاصة بالمنصف مثل لمفوما أرومات الخلايا للمفاوية التائية ولدينا حالة واحدة فقط والمفوما البائية كبيرة الخلايا وأيضاً شخصت حالة واحدة وهي تلتبس بالأورام التوتية والسرطانة.²⁰

الآفات السليمة: كما هو الحال بالنسبة للرئة، فهي ليست استطباباً رئيسياً للرشفة بالإبرة الدقيقة لأن رؤية أنسجة سليمة متواجدة بشكل طبيعي قد لا يكون له قيمة أو قد يمثل ورماً

2- السنقائل الرئوية من سرطانة غدية من منشأ حشوي آخر، وهي تمثل 15% من الأورام المشخصة بالـ FNA، ومصدرها الثدي والكولون والمعدة والجلد والمثانة والكلية. وهنا التلوينات المناعية ضرورية لتأكيد المنشأ البدئي للورم مثل PAP أو PSA لسرطانة الموثة مثلاً.

السرطانة الوصفية Squamous Cell Carcinoma:

نادرًا ما تطرح مشاكل تشخيصية تفريقية خاصة في الحالات جيدة التمايز. النخر الورمي شائع في الحالات قليلة التمايز والتي قد يصعب تفريقها عن السرطانة الغدية قليلة التمايز.

السرطانة صغيرة الخلايا Small Cell Carcinoma:

وهي تطرح تشخيص تفريقي مع الرشاحات للمفاوية الرئوية والمفوما الخبيثة والكارسينويد القصبي والسرطانة غير المتميزة غير صغيرة الخلايا¹⁴ (جدول رقم 1). توجد حالتان أعطي فيهما تشخيص تفريقي بين المفوما والسرطانة صغيرة الخلايا.

السرطانة غير المتميزة كبيرة الخلايا

Undifferentiated Large Cell Carcinoma: ويحتفظ بهذه التسمية اليوم للسرطانات التي لا تبدي أي تمايز غدي أو وسفي أو عصبي صماوي (حالة واحدة). والتصانيف الحديثة المعتمدة على المناعيات النسيجية والمجهر الإلكتروني جعلت العديد من هذه السرطانات كبيرة الخلايا تصنف على أنها عصبية صماوية.

الأورام العصبية الصماوية Neuroendocrine Tumors:

وتشتمل على طيف من الأورام أوله الورم السليم المسمى كارسينويد ونهايته الورم عالي الخباثة وهو السرطانة صغيرة الخلايا التي سبق ذكرها أعلاه و(الجدول رقم 2) يوضح آخر التصنيفات المستعملة والتي تعتمد بدرجة كبيرة على تطبيق التلوينات المناعية لنفي أي تمايز صماوي في ورم مشتببه ولعل هذا هو السبب في قلة تشخيصها إذا ما استثنينا أقصى طرفي الطيف اللذين يسهل تشخيصهما نسبة لبقية الآفات.¹⁵⁻¹⁷ (توجد حالتان في دراستنا: كارسينويد لا نموذجي وسرطانة عصبية صماوية كبيرة الخلايا)

أورام أخرى خبيثة نادرة: مثل الحالة الوحيدة في الدراسة للورم الظهارة العصبية البدئية/الورم العفلي لايونينغ خارج

- ليس من النادر إعطاء تشخيص سرطانة غير صغيرة الخلايا وهو تشخيص مقبول بحد ذاته في أغلب المراجع والدراسات، لأن إمكانية تطبيق التلويحات المناعية على محضرات خلوية غير متوفرة بجميع المراكز، كما وأن الشرائح المختلفة والتي تلون مناعياً قد لا تحوي نفس الخلايا الورمية التي وضع عليها التشخيص الأولي.

- الآفات المنصفية تمثل تحدياً كبيراً للرشافة الدقيقة ونتائجها مقبولة من حيث التمييز الأولي بين السلامة والخباثة، إلا أنها قد لا توصلنا لتشخيص نهائي ونضطر للجوء إلى الخزعة والدراسات المتممة كما في حالات اللغمومات وتميطها. وبعضهم ينصح بالتدخل مباشرة بالخزعة على الآفات المنصفية. - ولكن يجب ألا ننسى انخفاض تكلفة الرشافة، ودورها الهام اليوم في تقييم انتشار سرطانات الرئة للعقد المنصفية مثلاً كبديل عن فتح الصدر المكلف والمعقد.²⁶

الخلاصة CONCLUSION

تعتبر الـ FNA إجراءً مقبولاً وأمناً وذو حساسية ونوعية مرتفعتين كما أنه دقيق في نسبة عالية من الآفات خاصة الخبيثة منها. وينصح بإجراء FNA في حال عدم إمكانية إجراء الخزعة القاطعة أو كعمل بدئي²⁴ يمكن أن يكون نهائياً ويغني عن إجراء الخزعة الراض.

عجائباً ناضجاً، كما هو الحال في إحدى الحالات المدروسة لدينا ونذكر حالة أخرى لم تعط فيها الرشافة سوى بعض الخلايا الشحمية السليمة بينما كان التشخيص النهائي بعد الاستئصال هو ورم توتي شحمي Thymolipoma. وهنا يمكن اعتبار الرشافة حساسة ولكن غير دقيقة.

نستنتج من دراستنا مايلي:

- إن الرشافة بالإبرة الدقيقة FNA هي إجراء دقيق وجيد من أجل تشخيص الآفات الخبيثة البدئية والانتقالية لكل من الرئة والمنصف. ولكنها إجراء غير دقيق في تشخيص الآفات الرئوية غير الورمية والسليمة، على الرغم من حساسيته، ويفضل عليه هنا الخزعة القاطعة Cutting Biopsy.²³

- الإيجابيات الكاذبة تشاهد بكثرة في الآفات الرئوية السليمة ويلجأ للخزعة عند عدم التوافق مع السريريّات.

- السلبيات الكاذبة سببها غالباً النقص في الخلوية أو وجود خلايا نظامية لا تسمح بتشخيص آفة ورمية محددة.

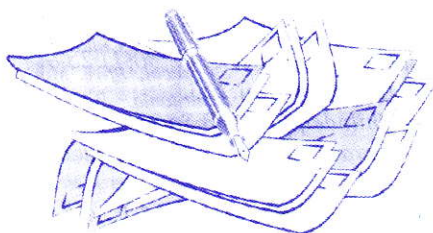
- إن الـ FNA حدوداً قد تقف عند تشخيص الخباثة فقط دون إمكانية الذهاب أبعد من ذلك، والسبب هو حاجتنا للمظهر النسيجي مثل MFH الورم العفلي الناسج²⁵ أو لمقاطع نسيجية من أجل بعض الأورام التي لا يمكن تشخيصها إلا بالتلويحات المناعية.

REFERENCES

1. Dail DH, Hammar SP. Pulmonary pathology. In Johnston WW, ed. Cytologic Correlations. Springer Verlag; 1988. p. 1029-94.
2. Bejui-Thivolet F, Neyra M, Boussuge C, Biron E, Salle M, Dergarabedian Ph, Lyonnet D, Guerin JC. Apport de la ponction pulmonaire transparietale au diagnostic cytologique des carcinomes bronchioloalveolaires du poumon. A propos de 3 cas. Rev. Pneumol Clin. 1984;40:251-4.
3. Bejui-Thivolet F, Thivolet B, Salle M, Neyra M, Lyonnet D, Greiner M, Guerin JC. Interet de la cytologie extemporanee dans les ponctions pulmonaires transparietales. Ann Radiol 1987;30(1):25-9.
4. Trott PA, Fine needle aspiration cytology. Lancet 1979;ii:253.
5. Frable WJ. Thin needle aspiration biopsy. Philadelphia: WB Saunders; 1983. p. 77.
6. Gobian RP, Stanely JH, Vujic I, et al. Thoracic Biopsy: CT guidance of thin needle aspiration. Am J Roentgenol 1984;142:827.
7. Todd TRJ, Weisbrod G, Tao LC, et al. Aspiration needle biopsy of thoracic lesions. Ann Thorac Surg 1981;32:154.
8. Flower CDR, Verney GI. Percutaneous needle biopsy of thoracic lesions an evaluation of 300 biopsies. Clin Radiol 1979;30:215.
9. Calhoun P, Feldman PS, Armstrong P, et al. The clinical outcome of needle aspiration of the lung when cancer is not diagnosed. Ann Thorac Surg 1976;41:592.
10. Weisbrod GL. Percutaneous fine needle aspiration biopsy of the mediastinum. In: Shure D, ed. Clinics in Chest Medicine. Vol. 8. Philadelphia: WB Saunders; 1987. p. 27.



11. Laurent F, Latrabe V, Vergier B, Montaudon M, Vernejoux JM, Dubez J. CT guided transthoracic needle biopsy of pulmonary nodules smaller than 20 mm; results with an automated 20 gauge coaxial cutting needle. *Clin Radiol* 2000 Apr;55(4):281-7.
12. Bonfiglio TA. Cytopathologic interpretation of transthoracic fine needle biopsies. *Masson Monographs in diagnostic cytopathology* 4. Johnston WW, ed. USA: Masson; 1983.
13. Bonfiglio TA, Dvoretzky PM, Piscioi De Papp EW, Patten SF. Jr. Fine needle aspiration biopsy in the evaluation of lymphoreticular tumors of the thorax. *Acta Cytol (Baltimore)* 1985;29:548-53.
14. Eissa S, Shoman S. *Handbook of tumor markers*. Khattab Press, Cairo, Egypt; 1995. p. 78.
15. Rubel LR, Reynolds RE. Cytology of pulmonary carcinoid tumors. *Acta Cytol (Baltimore)* 1982;26:434-8.
16. Jing SX, Kameya T, Shoji M, et al. Large Cell Neuroendocrine Carcinoma of the lung: A histologic and immunohistochemical study of 22 cases. *Am J Surg Pathol*. 1998 May;22(5):526-37.
17. Carter D, Eggleston JC. Tumors of the lower respiratory tract. An atlas of tumor pathology fascicle 17 Armed forces institute of pathology. Washington D.C 1980 + New version of 1995.
18. Dehner LP. Primitive Neuroectodermal Tumor and Ewing's Sarcoma. *Am J Surg Pathol* 1993;17(1):1-13.
19. Silverman JF, Marrow HG. Fine needle aspiration cytology of granulomatous disease of the lung, including nontuberculous mycobacterium infection. *Acta Cytol (Baltimore)* 1985;29:535-541.
20. Muller-Hermwlink HK, Marx A, Kirchner Th. Thymus and mediastinum. In: Damjanov I, Linder J, eds. *Anderson's Pathology*. 10th ed. St. Louis, Missouri: Mosby; 1996. p. 1218-37.
21. Pak HY, Yokota SB, Fridberg HA. Thymoma diagnosed by transthoracic FNA. *Acta Cytol* 1982;26:210-16.
22. Rosai J, Sobin LH. Histological Typing of tumors of the thymus. In: World Health Organization, *International Histologic Classification of Tumors* (in press) 1999 April.
23. Bungay HK, Adams RF, Morris CM, Haggett PJ, Traill ZC, Gleeson FV. Cutting needle biopsy in the diagnosis of clinically suspected non carcinomatous disease of the lung. *Br J Radiol* 2000 Apr;73(868):349-55.
24. Gouliamos AD, Giannopoulos DH, Panagi GM, Fletoridis NK, Deligeorgi Politi HA, Vlahos LJ. Computed tomography guided fine needle aspiration of peripheral lung opacities. An initial diagnostic procedure. *Acta Cytol* 2000 May;44(3):344-48.
25. Fujita Y, Shimizu T, Yamazaki K, Murayama M, Yamazaki Y, Matsumoto H, Tobise K. Bronchial brushing cytology features of primary malignant fibrous histiocytoma of the lung. A case report. *Acta Cytol* 2000 Mar Apr;44(2):227-31.
26. Aabakken L, Silvestri GA, Hawes R, Reed CE, Marsi V, Hoffman B. Cost efficacy of endoscopic ultrasonography with fine needle aspiration Vs mediastinotomy in patients with lung cancer and suspected mediastinal adenopathy. *Endoscopy* 1999 Nov;31(9):707-11.



أخبار وأنشطة المجلس العربي للاختصاصات الطبية

خلال الفترة من 2002/12/1 لغاية 2003/3/1

أنشطة المجالس العلمية

اختصاص الولادة وأمراض النساء:

1- الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الولادة وأمراض النساء (مركز الرياض):

جرى الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الولادة وأمراض النساء في مركز الرياض بتاريخ 2002/12/22-21، وقد تقدم للامتحان 53 طبيباً نجح منهم 37 طبيباً. أي أن نسبة النجاح بلغت 69%.

2- الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الولادة وأمراض النساء (مركز بغداد):

جرى الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الولادة وأمراض النساء في مركز بغداد بتاريخ 2003/1/20-18، وقد تقدم لهذا الامتحان 45 طبيباً، نجح منهم 26 طبيباً. أي أن نسبة النجاح هي 57%.

3- الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الولادة وأمراض النساء (مركز دمشق):

جرى الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الولادة وأمراض النساء في دمشق بتاريخ 2003/1/12-11، وقد تقدم لهذا الامتحان 32 طبيباً. نجح منهم 17 طبيباً. أي أن نسبة النجاح هي 53%.

الجدول التالي يبين نسبة النجاح في الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الولادة وأمراض النساء حسب المراكز الثلاثة:

المركز	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
الرياض	53	37	69%
بغداد	45	26	57%
دمشق	32	17	53%

اختصاص التخدير والعناية المركزة

1- الامتحان السريري والشفوي لاختصاص التخدير والعناية المركزة:

عقد الامتحان السريري لاختصاص التخدير والعناية المركزة بتاريخ 2002/1/15-14 في مشفى المواساة بدمشق وقد تقدم لهذا الامتحان 17 طبيباً نجح منهم 7 أطباء. أي أن نسبة النجاح بلغت 41%.

اختصاص الجراحة

1- الامتحان السريري لاختصاص الجراحة العامة (مركز الرياض):

جرى الامتحان السريري لاختصاص الجراحة العامة بتاريخ 2002/12/22-21 في مركز الرياض. وقد تقدم لهذا الامتحان 17 طبيباً، نجح منهم 7 أطباء. أي أن نسبة النجاح هي 41.1%.

2- الامتحان السريري لاختصاص الجراحة العامة (مركز بغداد):

جرى الامتحان السريري لاختصاص الجراحة العامة بتاريخ 2002/1/20-18 في بغداد. وقد تقدم لهذا الامتحان 54 طبيباً نجح منهم 29 طبيباً، أي أن نسبة النجاح هي 53.7%.

اختصاص الأسرة والمجتمع

الامتحان السريري والشفوي لاختصاص طب الأسرة:

عقد الامتحان السريري والشفوي لاختصاص طب الأسرة في مركزين هما جدة والبحرين، خلال الفترة الواقعة بين 2003/1/7-4، وقد تقدم للامتحان 76 طبيباً، نجح منهم 67 طبيباً. أي أن نسبة النجاح بلغت 88%.



اختصاص الطب النفسي:

18- 2002/12/19 في 9 مراكز امتحانية: اربد، والبحرين، وبغداد، ودمشق، وبنغازي، وطرابلس، وصنعاء، والدوحة، والرياض. وقد تقدم لهذا الامتحان 207 طبيباً، نجح منهم 97 طبيباً. أي أن نسبة النجاح هي 46.8%. وفيما يلي عدد الناجحين حسب المراكز الامتحانية:

المركز	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
اربد	3	3	100%
البحرين	6	3	50%
الدوحة	10	4	40%
الرياض	53	26	49%
بنغازي	12	6	50%
دمشق	17	6	35,2
صنعاء	17	7	41%
طرابلس	15	7	46%
بغداد	74	35	47%

3- الامتحان النهائي الكتابي والشرائح لاختصاص أمراض القلب والوعية الدموية

- جرى الامتحان النهائي الكتابي والشرائح لاختصاص أمراض القلب والأوعية الدموية في مركز الرياض بتاريخ 2002/12/18، وقد تقدم لهذا الامتحان 5 أطباء، نجح منهم 3 أطباء، أي أن نسبة النجاح هي 60%.

اختصاص الأذن والأنف والحنجرة**1- الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الأذن والأنف والحنجرة:**

جرى الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الأذن والأنف والحنجرة والرأس والعنق وجراحاتها في مركز دمشق، خلال الفترة 2002/12/17-15م. وقد تقدم لهذا الامتحان 80 طبيباً، نجح منهم 25 طبيباً. أي أن نسبة النجاح هي 31%.

1- الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الطب النفسي:

جرى الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الطب النفسي في بيروت بتاريخ 2002/12/15-14. تقدم لهذا الامتحان 35 طبيباً، نجح منهم 24 طبيباً. أي أن نسبة النجاح هي 68%.

اختصاص الأمراض الباطنة**1- امتحان الأولي لاختصاص الأمراض الباطنة**

جرى الامتحان الأولي لاختصاص الأمراض الباطنة بتاريخ 2002/12/19، في المراكز التالية: اربد/الأردن، والامارات، والبحرين، والدوحة، والرياض، وبنغازي، ودمشق، وصنعاء، وطرابلس، وبغداد. وقد تقدم لهذا الامتحان 282 طبيباً، نجح منهم 169 طبيباً، أي أن نسبة النجاح هي 59.9%. وفيما يلي عدد الناجحين حسب المراكز الامتحانية:

المركز	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
الامارات	5	3	60%
اربد	20	17	85%
البحرين	11	8	72%
الدوحة	15	10	66%
الرياض	46	35	76%
بنغازي	9	6	66%
دمشق	69	48	69%
صنعاء	53	19	35%
طرابلس	37	11	29%
بغداد	17	12	70%

2- الامتحان النهائي لاختصاص الأمراض الباطنة:

جرى الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص الأمراض الباطنة بتاريخ



خريجو المجلس العربي للاختصاصات الطبية من 2002/12/1 حتى 2003/3/1

اختصاص الجراحة العامة

محمود أصغر عباس
راني المعتز حلمي الآغا
صالح أحمد صالح الغامدي
حامد سعيد علي الغامدي
يوسف عبد الله السحيباني
عبد العزيز سرحان الزهراني
وليد نعمة الله صالح
مصطفى أحمد حمشو
عادل عطية التميمي
سرمد مانع الطعمة
جاسم داغر مسعود
صلاح كاظم القطراني
وسام حمزة السوادي
مازن أحمد الطعمة
حيدر حسن يوسف
ولاء نوري بيزم
عبد الكريم صالح
ياسين ظاهر الزبياري
صدقي محمد عبد العزيز
محسن نايف كاظم شاهري
محمد حسن محمد أمين
نوفل كامل خيرو صالح
أمير كاظم ظاهر الحسيناوي
صبحي عبدالمجيد البياتي
عمار فؤاد المرسومي
فراس متي فرنسو
حيدر صباح سليم الكوازي
مصطفى محمد الوائلي
حيدر عبد المحسن محمد

مجمع السلمانية الطبي-البحرين
مجمع السلمانية الطبي-البحرين
القوات المسلحة-تيوك
مجمع الرياض المركزي-الرياض
مجمع الرياض المركزي-الرياض
القوات المسلحة-الرياض
القوات المسلحة-الرياض
حلب الجامعي-حلب
مركز البصرة العام-البصرة
مركز البصرة العام-البصرة
مركز البصرة العام-البصرة
مركز البصرة العام-البصرة
مركز البصرة العام-البصرة
مركز البصرة العام-البصرة
مركز البصرة العام-البصرة
الموصل التعليمي-الموصل
الموصل التعليمي-الموصل
كلية صدام الطبية-بغداد
كلية صدام الطبية-بغداد
كلية صدام الطبية-بغداد
كلية صدام الطبية-بغداد
دائرة اليرموك الطبية-بغداد
دائرة اليرموك الطبية-بغداد
دائرة اليرموك الطبية-بغداد
مدينة صدام الطبية-بغداد
مدينة صدام الطبية-بغداد
مدينة صدام الطبية-بغداد
م. الرشيد العسكري-بغداد

صباح كريم حمزة
عامر عبدالحسين دعلوش
أوس نزار ذنون الدباغ
ثالان عدنان اسماعيل
مهند عبد الواحد العبيدي
محمد حاتم عيسى
أحمد نجم السميلي

اختصاص الطب النفسي

حسين علي عبد الله الشاخوري
دينا عبد الله آل سيف
محمد عزت سليم
طارق قاسم محمد
ياسر كامل خطاب
اسامة عرفة
ممدوح علي أبو ريان
محمد عبد اللطيف الصعيدي
محمد الجارحي
حسن سعيد العمري
رائد عبد الرحيم الغامدي
عبد الحميد عبد الله الحبيب
محمد عبد الباسط البخاري
نواف عبد العزيز الحارثي
ياسر الطويرقي
ايمان معلا سالم الحربي
علي جابر السلامة
محمد وفيق أحمد عيد
علي حسين هاتف العطية
هندا جابر
نداء أبو سعيد

مدينة صدام الطبية-بغداد
مدينة صدام الطبية-بغداد
مدينة صدام الطبية-بغداد
مدينة صدام الطبية-بغداد
مدينة صدام الطبية-بغداد
مدينة صدام الطبية-بغداد
الرشيد العسكري-بغداد

م.السلمانية الطبي-البحرين
مستشفى الطب النفسي-البحرين
دار المقطم للصحة النفسية-مصر
مركز الطب النفسي-مصر
مركز الطب النفسي-مصر
مركز الطب النفسي-مصر
مركز الطب النفسي-مصر
مركز الطب النفسي-مصر
م.م.خالد الجامعي-الرياض
م.م.خالد الجامعي-الرياض
م.م.خالد الجامعي-الرياض
م.م.خالد الجامعي-الرياض
م.م.خالد الجامعي-الرياض
م.م.خالد الجامعي-الرياض
القوات المسلحة-الرياض
مشفى الأمل-الدمام
مستشفى راشد-دبي
م.الطب النفسي الجديد-ابو ظبي
دار العجزة الاسلامية-لبنان
دار العجزة الاسلامية-لبنان



خريجو المجلس العربي للاختصاصات الطبية من 2002/12/1 حتى 2003/3/1

حسين هليل وداعة	م. بغداد التعليمي-بغداد	عصمت محمد امين	م. القاسمي-الامارات
عدي خالد عبد الجبار	م. بغداد التعليمي-بغداد	هنادي محمد عبدالحسن اللوز	الرعاية الصحية الاولى
نوال حلال	مشفى بغداد التعليمي-بغداد	أشرف احمد عابد زاده	الرعاية الصحية الاولى
اختصاص الأنف والأذن والحنجرة			
حسين الخمري غيث	مركز الهوارى-بنغازي	عمر عبد الرحمن عمر الشيخ	ج. الامارات
محمد عبد الله عبد الهادي	مركز الهوارى-بنغازي	عائشة سلطان محمد لوتاه	م. القاسمي-الامارات
أحمد علي علوان	مشفى حلب الجامعي-حلب	مريم احمد شاكر	م. القاسمي-الامارات
محمد أيمن البدر الدين	مستشفى المواساة-دمشق	عزة عوض سعد مجلي	مؤسسة حمد العام-قطر
أيمن اسماعيل الغزاوي	مستشفى المواساة-دمشق	آمنة عبدالله محمد الانصاري	مؤسسة حمد العام-قطر
عصام زهير الاشقر	مستشفى المواساة-دمشق	كبرى السيد ناصر سلمان محمد	السلمانية الطبي-البحرين
أشرف عبد العزيز عبد الجبار	مستشفى الملك فهد	ايمان عبدالرسول العريضي	السلمانية الطبي-البحرين
محمد عبد الله عباد القرني	م.ج.الملك عبد العزيز-الرياض	زينب عباس محمد الحسن	السلمانية الطبي-البحرين
عبد الرحمن أحمد السنوسي	المستشفى العسكري-الرياض	أمينة حسن احمد ابراهيم	السلمانية الطبي-البحرين
علي صكبان طاغي بطي	مستشفى اليرموك التعليمي-بغداد	ابتهاج الشيخ منصور السكري	السلمانية الطبي-البحرين
حسين جاسم محسن السعدي	مستشفى اليرموك التعليمي-بغداد	نجاه محمد جعفر عباس	السلمانية الطبي-البحرين
رائد خضر الياس	مستشفى اليرموك-بغداد	جعفر عباس علي عيسى	السلمانية الطبي-البحرين
محمد ابراهيم علي الأنصاري	مستشفى الموصل التعليمي-بغداد	كوثر محمد عبدالله العين	السلمانية الطبي-البحرين
علاء مطشر طالب المنصوري	مستشفى الكرامة التعليمي-بغداد	ميرفت اسماعيل العلوي	السلمانية الطبي-البحرين
درب مهدي حسن	مستشفى الشهيد عدنان-بغداد	باسم علي عبدالله الجيفري	السلمانية الطبي-البحرين
وميض منجد عبد الامير علي	مستشفى الزهراوي التعليمي-بغداد	سميرة عبدالله سلمان كمال	السلمانية الطبي-البحرين
سلوان عبد الهادي العبد الله	مستشفى الرشيد العسكري-بغداد	وليد خليفة المانع	القوات المسلحة-الرياض
بسام عبد الجبار سليمان الكيالي	مستشفى الرشيد العسكري-بغداد	محمد علي محمد الشهري	القوات المسلحة-الرياض
مناف فاضل باقر جعفر	مستشفى الرشيد العسكري-بغداد	مها ضيف الله الوقداني	القوات المسلحة-الرياض
عبد الرزاق حمود درويش	مستشفى البصرة العام-البصرة	علي احمد حسن العثيان	القوات المسلحة-الرياض
علي عبد الرضا	مدينة صدام الطبية-بغداد	علي بشير عفنان العازمي	القوات المسلحة-الرياض
محمد محي محمد جاسم العزاوي	مدينة صدام الطبية-بغداد	محمد سلطان مسيفر العتيبي	القوات المسلحة-الرياض
أحمد محمد فالح حسن	كلية صدام الطبية-بغداد	عارف بن مبارك بن غازي الحسن	القوات المسلحة-الرياض
منذر علي حسن العجمي	مستشفى الصباح-الكويت	لؤي حسين عبدالرحمن الخميس	القوات المسلحة-الرياض
فاطمة بخيت محمد قطن	مستشفى النهضة-سلطنة عمان	نذير حسن ابراهيم الخضراوي	القوات المسلحة-الرياض
اختصاص طب الأسرة			
فاطمة محمود غلوم حسين احمد	دائرة الخدمات الصحية-الامارات	محمد عمر فيصل ابراهيم ابوسعدة	القوات المسلحة-الرياض
شيخة معيوف محمد العامري	م. العين الحكومي-الامارات	سالم سعد المطيري	القوات المسلحة-تبوك
وجدان عبدالرزاق منصور احمد	م. العين الحكومي-الامارات	وليد مرشود الحربي	القوات المسلحة-تبوك
هيفاء سالم الشيبلي	م. الجزيرة-ابوظبي-الامارات	محمد ظافر العمري	القوات المسلحة-تبوك
		محمد عبدالله الجهني	القوات المسلحة-تبوك
		محمد عثمان علي الركبان	ج.الملك.سعود-جدة
		الحسن محمد ابراهيم آل قعود	ج.الملك.سعود-جدة
		عبدالمحسن علي محمد التويجري	ج.الملك.سعود-جدة



خريجو المجلس العربي للاختصاصات الطبية من 1/12/2002 حتى 1/3/2003

علي فارس رافع العمري	ج.م. عبدالعزيز-الرياض	محمد عبدالسلام سلام	مشفى مبارك-الكويت
منيرة عبدالرحمن سعيد العتيبي	م.م. فهد للحرس الوطني		
خالد سعد آل جليان	م.م. فهد للحرس الوطني		
شريفة هادي محمد العنزي	م.م. فهد للحرس الوطني		
صالح محمد صالح العصيمي	م.م. فهد للحرس الوطني		
بدر فالح سعيد الخطيب	م.م. فهد للحرس الوطني		
بدر عثمان احمد البدر	م.م. فهد للحرس الوطني		
موسى سمحان العنزي	م.م. فهد للحرس الوطني		
عادل ابراهيم الزهراني	م.م. فهد للحرس الوطني		
فاطمة زاهر الشهري	البرنامج المشترك-الرياض		
اكرام عبدالرحيم حافظ جلالى	البرنامج المشترك-الرياض		
غادة حمزة احمد ابوزيد	البرنامج المشترك-الرياض		
حنان عبيدالله الحربي	البرنامج المشترك-الرياض		
عبدالله محمد غرم الله الغامدي	البرنامج المشترك-الرياض		
نهاء عمر سالم باصريح	البرنامج المشترك-الرياض		
غادة عبدالقيوم أمير	البرنامج المشترك-الرياض		
فايزة حامد العدوانى	البرنامج المشترك-الرياض		
مزنة امين معين احمد	البرنامج المشترك-الرياض		
زكية عبدالحميد بنجر	البرنامج المشترك-الرياض		
حنان احمد ابو احمد	البرنامج المشترك-الرياض		
عبدالله محمد صالح الوادعي	البرنامج المشترك-الرياض		
محمد يحيى محمد الفيفي	البرنامج المشترك-الرياض		
حسن بن احمد محمد عبيد	البرنامج المشترك-الرياض		
علي عبدالله القحطاني	البرنامج المشترك-الرياض		
عبدالله محمد الجارالله	المدينة المنورة		
سعيد غسان المزروعى	سلطنة عمان		
سميرة موسى ابراهيم الميمنى	سلطنة عمان		
اختصاص طب التخدير والعناية المركزة			
هيفاء مسفر علي القثامي	م.م. عبدالعزيز-جدة		
سعد فرهود	مستشفى حلب-حلب		
وضحي مبارك ملفي العتيبي	م.م. خالد الجامعي-الرياض		
جمانة محمد زكريا بجاج	م.م. خالد الجامعي-الرياض		
خالد محمد احمد الشعبي	ج.م. عبدالعزيز-جدة		
فاطمة خميس حسن الدماس	م.م. خالد الجامعي-الرياض		
اختصاص الولادة وأمراض النساء			
م.م. الولادة والنساء -المدينة	تغريد حمزة البصري		
م.م. فيصل التخصصي	مها راشد المطيري		
م.م. فهد الخبر	تركي قاسم صالح		
م.م. اليمامة-بالرياض	فاطمة يوسف الجعوان		
م.م. فيصل التخصصي	اريح خالد محروس		
م.م. الولادة والنساء -المدينة	مريم عمر محمد فلاتة		
م.م. الولادة-جدة	أمال عتيق الله حامد الصريحي		
م.م. فهد الجامعي	إكرام جودة الطيب		
م.م. الولادة-الدمام	نوال سالم عبدالرحيم باوزير		
م.م. الولادة-المدينة المنورة	وداد سعود سعدي العوفي		
م.م. حراء العام	تهاني عبدالله سالم المطرفي		
م.م. الولادة-المدينة المنورة	وجنات حامد اسحق شيخ		
م.م. الولادة-مكة	اسماء احمد هوساوي		
م.م. فيصل التخصصي	هبة حمد محمد الحسيني		
م.م. فهد الجامعي	هيا عبدالعزيز المعجل		
م.م. فهد الجامعي	سامية هاشم عثمان		
م.م. فهد الجامعي	سميرة احمد محمد البورشيد		
م.م. فهد العسكري	أميمة محمد سالم باعيسى		
م.م. الولادة-المدينة المنورة	هلا محمد علي حسين موسى		
م.م. فهد للحرس الوطني	زهدي خالد سلمان نقشبندى		
م.م. فهد للحرس الوطني	منى مصطفى عبداللطيف العيران		
م.م. الولادة -الرياض	عبدالحميد حامد خليفة		
مجمع الرياض الطبي	كمال الدين سليمان الرضي		
م.م. الولادة -جدة	مي حسن عبدالحليم قاروت		
م.م. الولادة-الدمام	سلمى محمد عبدالله علاوي		
م.م. العسكري الرياض	فاتن محمود محمد عصفور		
م.م. قوى الامن	عزة محمد عبدة جابر مدخلي		
م.م. دبي الجديد-دبي	سمية سالم عنون		
م.م. العين-الامارات	موزة سالم خميس مسلم		
م.م. الوصل	رزان محمد رضا حتاحت		
مركز السلمانية-البحرين	هدى جعفر الجفيري		



خريجو المجلس العربي للاختصاصات الطبية من 2002/12/1 حتى 2003/3/1

وفاء عمران جاسم أجور	مركز السلمانية- البحرين	شريفة السيد علي السيد عبدالرسول	مركز السلمانية- البحرين
عبير غالب اليافعي	مركز السلمانية- البحرين	نجلاء خيرى شكر	م. بغداد التعليمي-بغداد
عفاف علي حسن الانصاري	مؤسسة حمد الطبية-قطر	سندس يوسف كلو	كلية صدام الطبية-بغداد
سحر عبدالكريم ممد العاني	مؤسسة حمد الطبية-قطر	رحاب عزيز سلمان	م. بغداد التعليمي-بغداد
رباب ماجد محمد الروسان	م. الجامعة الاردنية	نادية جواد فرج الساكني	م. بغداد التعليمي-بغداد
ذكرى عبدالوهاب محمد حسن	م. النساء والولادة-الدوحة	إسراء حميد حمادي	م. بغداد التعليمي-بغداد
صباح علي مصباح حداد	م. الولادة - جدة	سهى صاحب شاكر	م. صدام للولادة-بغداد
عمر محمد ابو محسن	م. المقاصد الخيري	زينب باقر عبدالله	م. البصرة للولادة-البصرة
رنا نذير الموقع	م. التوليد الجامعي	سرى صلاح الدين العاني	م. البصرة للولادة-البصرة
جنان سالم خليفة الالوسي	مدينة الحسين الطبية	ليلى عبدالسلام نوري	م. العلوية للولادة
لمياء خليل ابراهيم البياتي	مدينة الحسين الطبية	نادية جلال سرسم	م. اليرموك التعليمي
سيدر وديع بهنام	م. البشير عمان	إيهاب عبد حسن حمودي	م. البصرة للولادة
خالد عباس صالح محمد	م. الملك عبدالعزيز	صبا جاسم مهدي الهاشمي	م. صدام للولادة
تهاني عبدالرحمن ابو زينة	م. قوى الامن	سحر جاسم عبد جاسم	م. العلوية للولادة
قائمة عبدالله فراص	م. السبعين-صنعاء	فاذية محمد العزي	م. البتول التعليمي
عليه عبدالله احمد شعيب	م. السبعين-صنعاء	بان نبهان محمد يوسف	م. اليرموك التعليمي
نجاه علي محمد الملس	م. الثورة العام-اليمن	سهير مدحت فضيل	م. البتول التعليمي
شهناز ابراهيم بيرو	م. الثورة العام-اليمن	سناء كمال صبري	م. اليرموك التعليمي
افراح عبدالكريم صالح الغزالي	م. الثورة العام-اليمن	ميسون فاضل عباس	م. اليرموك التعليمي
مريم يوسف شمس الدين	م. التوليد الجامعي-دمشق	مها مجيد حميد	م. العلوية للولادة
محمد راتب الخطيب	م. التوليد الجامعي-دمشق	ريم لقمان محمد ملحم	م. البتول التعليمي
بشار محمود عبدة	مستشفى الزهراوي-دمشق	نادية عبدالمحسن خياط	م. البصرة للولادة
بان عامر سلمان	م. اليرموك التعليمي	رشا خالد احمد	م. اليرموك التعليمي
منى سالم الشكيلي	م. دبي-الامارات	سهيلة فاضل	م. بغداد التعليمي
زينب محمد شعبان	م. بغداد التعليمي-بغداد	بان جعفر باقر	م. بغداد التعليمي-بغداد



نشاطات المجلس العربي للاختصاصات الطبية

عام 2003

- 2003/3/1: اجتماع لجنة الامتحانات - دراسة طلبات المتقدمين لاختصاص الولادة وأمراض النساء.
- 2003/3/4: اجتماع اللجنة التنفيذية لاختصاص الولادة وأمراض النساء.
- 2003/3/19-15: الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الأمراض الباطنة في مركز الرياض.
- 2003/3/16-15: الامتحان السريري والشفوي لاختصاص طب الأطفال مركز بغداد.
- 2003/3/17-15: الامتحان السريري والشفوي لاختصاص طب الأطفال مركز دمشق.
- 2003/3/19-15: الامتحان السريري والشفوي لاختصاص طب الأطفال مركز الرياض.
- 2003/3/17-15: اجتماع لجنة الامتحانات للمجلس العلمي لاختصاص الأذن والأنف والحنجرة والرأس والعنق وجراحاتها.
- 2003/3/24-22: اجتماع لجنة الامتحانات للمجلس العلمي لاختصاص الطب النفسي.
- 2003/3/31-29: الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الأمراض الباطنة مركز طرابلس.
- 2003/4/5: الامتحان الأولي لاختصاص الولادة وأمراض النساء.
- 2003/4/10-5: اجتماع لجنة الامتحانات لاختصاص الجراحة العامة، واجتماع اللجنة التنفيذية لاختصاص الجراحة.
- 2003/4/10: الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الجراحة العامة، جراحة العظام، الجراحة البولية، الجراحة العصبية.
- 2003/4/6: امتحان الجزء الأول لاختصاص الأمراض الجلدية والتناسلية.
- 2003/4/19: الامتحان السريري والشفوي لاختصاص التخدير والعناية المركزة.
- 2003/4/21-20: اجتماع لجنة الامتحانات لاختصاص التخدير والعناية المركزة.
- 2003/4/22: اجتماع المجلس العلمي لاختصاص التخدير والعناية المركزة.
- 2003/4/26: امتحان أولي لاختصاص التخدير والعناية المركزة.
- 2003/4/28-26: اجتماع اللجنة التنفيذية لاختصاص الأشعة.
- 2003/5/3: الامتحان الأولي لاختصاص الطب النفسي.
- 2003/5/4: الامتحان الأولي لاختصاص الأذن والأنف والحنجرة.
- 2003/5/26-24: اجتماع لجنة الامتحانات لاختصاص الجراحة العصبية.
- 2003/6/1: الامتحان الأولي لاختصاص الجراحة العامة.



Letter to the Editor

رسالة إلى المحرر

توصيات الرابطة السورية للتغذية وأمراض جهاز الهضم عند الأطفال في التطبيقات الوقائية للفيتامين دال عند الأطفال السليمين من الأمراض

Mahmoud Bozo, M.D.

د. محمود بوظو

100.000 وحدة دولية مرة واحدة كل ثلاثة أشهر، أو مقدار 200.000 وحدة دولية مرة واحدة كل ستة أشهر، على أن الرابطة السورية للتغذية وأمراض جهاز الهضم عند الأطفال تفضل في حال اللجوء إلى الحقن العضلي أن يوصف مقدار 100.000 وحدة دولية مرة كل ثلاثة أشهر، كما لا يجوز تجاوز المقادير الموصوفة آنفاً في التطبيقات الوقائية للفيتامين دال في طب الأطفال، كما يعتبر التقيد بهذه المقادير الوقائية أميناً تماماً وبعيداً جداً عن الحدود السمية، هذا وتنبه الرابطة السورية للتغذية وأمراض جهاز الهضم عند الأطفال إلى خطورة وصف 600.000 وحدة دولية حقنة عضلية إذا كان الطفل غير مصاب بالخرع العوزي، حيث أن هذا المقدار كفيلاً برفع 25 هيدروكسي دال في المصل إلى مستويات سمية. كما يجب استخدام الحد الأدنى من المقادير الموصى بها عند مشاركة الفيتامين د= بالمدرات التبايزدية بسبب ارتفاع خطر حدوث فرط كلس الدم، ويجب مراقبة مستويات كلس الدم في هذه الحالة. ولمعرفة أسس هذا التطبيق الوقائي المعتمد في هذه التوصية يمكن الرجوع إلى المراجع المذكورة أدناه:

1. Kleinman, E Ronald, *Pediatric nutrition handbook, vitamins, fourth edition, USA, American academy of pediatrics edition.1998. p.275-276.*
2. Claude Ricour, J.Ghisolfi, G.Putet, O.Goulet, *Traité de nutrition pédiatrique, Rachitisme, premier édition deuxième tirage, Paris, Maloine, 1996. p.170-174.*
3. Chevalier B. *Diététique infantile. besoins nutritionnels et apports alimentaires, première édition, Paris Masson 1996. p.105-106.*
4. Dorosz P. *Guide pratique des médicaments, vitamine D, 18 éme édition, Paris, maloine, 1998. p. 890.*
5. Guillemant J, Allemande A, Cabrol S, Pérès G, Guillemant S. *Statut vitaminique D de l'adolescent: variations saisonnières et effets d'une supplémentation hivernale par la vitamine D3. Arch. Fr. de ped. 1998. 5: 1211-5.*
6. Garabédian M, Menn S, Nguyen T M, Ruiz J C, Callens A, Uhlrich J. *prévention de la carence en vitamine D chez l'enfant et l'adolescent. Arch Fr Pédi 1999. 6: 990-1000.*
7. Conseil supérieur d'hygiène publique de France. *Les limites de sécurité dans les consommation alimentaires des vitamines et des minéraux, vitamines. Première Édition, Paris, Lavoisier 1996. p.115-121.*

تقوم الرابطة السورية للتغذية وأمراض جهاز الهضم عند الأطفال بإصدار توصيات دورية في مواضيع مختلفة تخص التغذية وأمراض الهضم والتغذية عند الأطفال فيما يتعلق بالمواضيع ذات الصلة بممارسة أطباء الأطفال في هذا التخصص، وتراعى في التوصيات أن تتطرق إلى ما يهم أطباء الأطفال من مواضيع في هذا التخصص وتعتمد هذه التوصيات على توصيات الجمعيات والأكاديميات العالمية، كما تراعى الخصوصيات التي تمت إلى واقع الأطفال في سورية بما تم إثباته من دراسات ميدانية خاصة، والهدف الأساسي لبرنامج التوصيات الدورية هو توحيد الممارسة الطبية لأطباء الأطفال في هذا التخصص مع وضع أطباء الأطفال في صورة المستجدات في هذا المجال تبعاً، علماً بأن هذا البرنامج هو الأول من نوعه في القطر العربي السوري وفي بلاد المنطقة عموماً، ونأمل أن نحقق من خلاله فوائد عديدة وهامة تسهم في تطوير ممارسة التغذية وأمراض الهضم عند الأطفال وتوحيدها بصورة عامة في جميع أنحاء القطر. وأولى التوصيات التي تصدرها الرابطة هي في موضوع التطبيقات الوقائية للفيتامين دال عند الأطفال السليمين من الأمراض، فاعتماداً على توصيات الجمعية الفرنسية لطب الأطفال ولجنة التغذية في الأكاديمية الأميركية لطب الأطفال، والمجلس الصحي الفرنسي الأعلى ومؤسسة الحرائك الدوائية الفرنسية وبنك الأدوية الفرنسي، فإن الرابطة السورية للتغذية وأمراض جهاز الهضم عند الأطفال توصي بوصف الفيتامين دال لكل أطفال الإرضاع الوالدي بدون استثناء، وبمقدار 800-1200 وحدة دولية يومياً منذ الولادة وحتى عمر 18 شهراً، كما يجب وصف الفيتامين دال لكل أطفال الإرضاع الصناعي بدون استثناء، وبمقدار 400-800 وحدة دولية يومياً منذ الولادة وحتى عمر 18 شهراً، كما يمكن وصف الفيتامين دال لكل الأطفال بعد عمر 18 شهراً بمقدار 400 وحدة دولية يومياً، وعوضاً عن الوصف اليومي الوقائي، يمكن وصف حقن عضلية دورية من الفيتامين دال بمقدار



الجديد عن المعالجة بذييفان (المطثيات من النمط أ)

NEW TRENDS IN TREATMENT WITH BOTULINUM TOXIN TYPE A

to achieve therapeutic effects of botulinum toxin in tension-type headaches. Actually, we are participating in a multi-center study using 500 MU of DYSPORT. Besides dose-finding problems, another explanation could be that peripheral mechanisms such as increased pericranial muscle tension only play a minor role in the pathogenesis of tension-type headaches.

الذييفان أ للمطثيات لعلاج فرط سيلان اللعاب لدى الأطفال

Botulinum Toxin A

as a Treatment for Excessive Drooling in Children

Bothwell JE, et al.
Pediatr Neurol 2002 Jul;25(1): 18-22.

خلفية وهدف الدراسة: زيادة إفراز اللعاب هو من المشاكل التي توجد عند بعض الأطفال المصابين بضعف في الجهاز العصبي. إن حقن الذييفان أ للمطثيات في الغدد اللعابية يخفض بشكل فعال من إفراز اللعاب عند البالغين، وحديثاً استخدم لعلاج الأطفال. طريقة الدراسة: أجريت دراسة تمهيدية لتحديد الفعالية والسلامة للذييفان أ للمطثيات عند الأطفال. وقد تم تحري فرط الإفراز اللعابي لدى الأطفال المدروسين بشكل يومي، وتضمن التقييم ما قبل الحقن قياس كمية وتكرار إفراز اللعاب. تم حقن كل غدة نكفية بـ 5 وحدات من الذييفان أ للمطثيات، وتمت المتابعة لمدة 16 أسبوعاً كحد أدنى.

النتائج: شملت الدراسة 9 أطفال بأعمار تتراوح بين 4-17 عام. جميع الأطفال كان لديهم تأخر عقلي بين متوسط وشديد. في الأسبوع الرابع، انخفضت لدى جميع المرضى تكرارية إفراز اللعاب، ووجد انخفاض وزن اللعاب لدى 8 من 9 مرضى. وبصورة عامة، كان العلاج ناجحاً لدى 5 من 9 مرضى (55%).

الذييفان أ للمطثيات في معالجة النمط التوترى من الصداع

Botulinum Toxin (DYSPORT) in Tension-Type Headaches

Rollnik JD, et al.
Acta Neurochir Suppl 2002; 79: 123-6.

خلفية وهدف الدراسة: الذييفان أ للمطثيات فعال في تخفيف المضض العضلي والألم في العديد من الأمراض المترافقة بألم اللقافة العضلية. وطالما أن زيادة التوتر العضلي تساهم في النمط التوترى للصداع، فإن حقن الذييفان أ للمطثيات يمكن أن تكون له قيمة علاجية.

المرضى وطريقة الدراسة: بينت نتائج الاستقصاءات أن 21 مريضاً قد أتموا المعايير العالمية الاجتماعية للصداع في النمط التوترى للصداع، وذلك في دراسة خاصة ثنائية التعمية، مقارنة بالدواء الموهوم. تم إخضاع المشاركين بشكل عشوائي للدراسة بحقن 20×10 MU DYSPORT حول القحف، أو بحقن الدواء الموهوم (محلول ملحي مساوي التوتر).

النتائج: بعد 4، 8، 12 أسبوعاً لم توجد فوارق واضحة بين مجموعة الدواء الموهوم والمجموعة المدروسة، مع ذلك تحسن كلا المجموعتين بشكل واضح.

الخلاصة: تشير النتائج بشدة إلى إمكان كون الجرعات الأعلى أو مواقع الحقن الأخرى ضرورية للوصول للتأثير العلاجي لذييفان المطثيات في النمط التوترى من الصداع. ونحن نقوم حالياً بالمشاركة في دراسة متعددة المراكز باستخدام 500 MU من DYSPORT. وبالإضافة لتأثير الجرعة، قد يكون للآليات المحيطة بزيادة التوتر العضلي حول القحف فقط دوراً ثانوياً في إمراضية الصداع التوترى.

CONCLUSION: The findings strongly suggest that higher doses or other injection sites might be necessary



خلفية الدراسة: استخدم الذيفان أ للمطثيات بشكل واسع في معالجة فرط التعرق البؤري.

هدف الدراسة: تقييم الفعالية بعيدة المدى للذيفان أ للمطثيات في معالجة فرط التعرق البؤري والتغيرات في نوعية الحياة ورضى المريض عن العلاج.

طريقة الدراسة: أجريت دراسة إحصائية باستبيان لتقييم الفعالية باستخدام مقياس معطيات بصرية ونوعية نمط الحياة قبل وبعد المعالجة باستخدام المقياس المعدل لنوعية الحياة في الأمراض الجلدية.

النتائج: كان هناك انخفاض في فرط التعرق وتحسن واضح إحصائياً في نتائج نوعية الحياة بالنسبة للتعرق في الإبطين وراحة اليد والجبين.

الخلاصة: إن حقن الذيفان أ للمطثيات معالجة فعالة وآمنة لفرط التعرق في الإبطين وراحة اليد والجبين، يؤدي إلى تحسن نمط حياة المصابين.

CONCLUSION: Botulinum toxin A injections are safe and effective for the treatment of hyperhidrosis of the axillae, palms, and forehead, resulting in an improved quality of life for patients.

**استخدام الذيفان أ للمطثيات
كعلاج مساعد في أكزيما عسر التعرق في اليدين:
دراسة مستقبلية مضبوطة مع مقارنة بين الطرفين
Adjunct Botulinum Toxin A
in Dysidrotic Hand Eczema:
A Controlled Prospective Pilot Study
With Left-Right Comparison**

Wollina U, et al.
J Eur Acad Dermatol Venereol 2002 Jan ;16(1):40-2

هدف الدراسة: إن أكزيما عسر التعرق في اليدين هو مشكلة علاجية. أجريت هذه الدراسة المستقبلية مع مقارنة بين الجهتين لتحري فيما إذا كانت إزالة التعصيب كيميائياً للأعصاب المسؤولة عن التعرق سيكون أكثر فعالية من المعالجة الاعتيادية بالستيروئيدات الموضعية.

خلفية البحث: إن الذيفان أ للمطثيات (BTXA) هو مثبط قوي لتحرر الأسيتيل كولين الذي يحرض إنتاج وإفراز العرق. وقد ظهر أن تثبيط التعرق بوسائل أخرى، مثل الرحلان الأيوني

الخلاصة: تبين هذه الدراسة التمهيدية أن الذيفان أ للمطثيات علاج فعال نسبياً لبعض الأطفال المصابين بزيادة إفراز وسيلان اللعاب، دون آثار جانبية خطيرة.

CONCLUSION: This preliminary study demonstrates that botulinum toxin A is a relatively effective treatment for some children with significant drooling without serious side effects.

**تحسن رائحة الجسم بعد حقن الذيفان الوشقي أ داخل جلد الإبط
Amelioration of Body Odor After Intracutaneous
Axillary Injection of Botulinum Toxin A**

Heckmann M, et al.
Arch Dermatol 2003 Jan;139(1):57-9

خلفية الدراسة: إن رائحة الجسم ظاهرة واسعة الانتشار، وتعزى عادة للتعرق، وهي تلاحظ بوضوح في منطقة الإبط. وقد أظهر الذيفان الوشقي أ حديثاً فعالية في معالجة فرط التعرق الإبطي، ومع ذلك لا يعرف مدى فعاليته في إزالة رائحة الإبط.

طريقة الدراسة: أجريت دراسة عشوائية ثنائية التعمية في ألمانيا، تم فيها حقن 16 متطوعاً أصحاء بالذيفان الوشقي أ (Dysport) 100 وحدة منحلة في محلول كلوريد الصوديوم 0.9% في أحد الإبطين، وبمحلول كلوريد الصوديوم 0.9% في الإبط الآخر.

النتائج: بعد 7 أيام، تم تقييم رائحة الجسم باختبار شم رائحة القميص، ف لوحظ نقص هام في شدة الرائحة في الجانب المعالج بالذيفان، كما كانت الرائحة أقل سوءاً بشكل هام.

الخلاصة: تشير هذه النتائج إلى فعالية الذيفان الوشقي أ في تلطيف وتحسين رائحة الجسم. ويمكن أن تشمل آلية التأثير التداخل مع جراثيم الجلد وإزالة تعصيب الغدد العرقية الفارزة، إلا أن ذلك لا يزال بحاجة لمزيد من البحث.

CONCLUSIONS: These findings suggest that botulinum toxin A can ameliorate or even improve body odor. The underlying mechanisms may include interference with skin microbes and denervation of apoeccrine sweat glands, but this remains to be further investigated.

**الفعالية بعيد المدى ونوعية الحياة
بعد معالجة فرط التعرق بالذيفان أ للمطثيات
Long-Term Efficacy and Quality of Life in the Treatment
of Focal Hyperhidrosis With Botulinum Toxin A**

Tan Sr, et al.
Dermatol Surg 2002 Jun;28(6):495-9



خلفية وهدف الدراسة: الحكة المعقدة هي سمة أساسية في الإصابة بالحزاز البسيط، وهو شكل موضع من التهاب الجلد التأتبي. وقد ثبت أن الأسيتيل كولين هو الوسيط في التهاب الجلد التأتبي. أجريت هذه الدراسة الإرتيادية المفتوحة لتحديد التأثيرات العلاجية لتثبيط تحرر الأسيتيل كولين بالذيفان أ للمطثيات على الحكة الشديدة في مرض الحزاز البسيط.

طريقة الدراسة: تم حقن الذيفان أ للمطثيات (Dysport) داخل الأدمة في 5 آفات حزازية محددة لدى 3 مرضى يعانون من الحكة المعقدة. ولم تعط أية ستروئيدات قشرية أو أية علاجات موضعية أخرى.

النتائج: خفت حدة الحكة خلال 3 إلى 7 أيام عند المرضى الثلاث جميعهم. وشفيت جميع الآفات خلال 2 إلى 4 أسابيع تماماً. ولم تلاحظ أية معاودة خلال متابعة استمرت أكثر من 4 أشهر. ظهر الحزاز المنبسط عند مريض واحد على طرف الظنوب المقابل، والذي استجاب بشكل مماثل للحقن اللاحق.

الخلاصة: تشير الدراسة إلى أنه يمكن التغلب على الحزاز المنبسط المترافق مع الحكة بحقن الذيفان أ للمطثيات داخل الأدمة، حيث أن الأسيتيل كولين هو الوسيط السائد في هذه الحالة.

CONCLUSION: We concluded that lichen simplex-associated pruritus can be overcome by intradermal botulinum toxin A injection. Acetylcholine appears to be a dominant pruritic mediator in this condition.

استطباب جديد للذيفان أ للمطثيات في التجميل: الفم والرقبة New Indication for Botulinum Toxin Type A in Cosmetics: Mouth and Neck

Sposito MM.
Plast Reconstr Surg 2002 Aug; 110(2):601-11

خلفية وهدف الدراسة: يستخدم الذيفان أ للمطثيات غالباً لتخفيف الخطوط الناجمة عن فرط الحركة hyperkinetic في منطقة حول العين والجبين، لكنه يستطب بشكل أقل في الجزء السفلي للوجه والرقبة.

أجريت هذه الدراسة لتحديد كون العلاج بالذيفان أ للمطثيات في منطقة الفم والرقبة ناجح سريرياً كنجاحه في القسم العلوي للوجه.

iontophoresis بماء الصنوبر، مفيد في حال أكزيما عسر التعرق في اليدين.

طريقة الدراسة: أجريت دراسة مستقبلية رائدة مضبوطة سريرياً بالمقارنة بين الطرفين، ضمت ثمانية مرضى يعانون من أكزيما عسر التعرق (النمط التأتبي)، حيث استخدمت الستروئيدات الموضعية على كلا اليدين بالمشاركة مع الحقن داخل الجلد 100 وحدة من BTXA (BOTOX) على اليد الأكثر إصابة في اليوم الأول. وقد صنفت أكزيما عسر التعرق باستخدام DASI (Dyshidrotic Eczema Area and Severity Index) قبل العلاج وبعد أسبوع ثم 4 أسابيع ثم 8 أسابيع.

النتائج:

- أتم 6 مرضى العلاج، بينما انسحب مريضان لأسباب شخصية اجتماعية.

- تغيرت نتائج مقياس DASI من 28 إلى 17 مع المعالجة الموضعية لوحدها، ومن 36 إلى 3 بالمعالجة المساعدة بـ BTXA ($p < 0.01$).

- لوحظ تراجع كل من الحكة والتحوصل في وقت مبكر بعد استخدام الستروئيدات الموضعية و BTXA.

- حدثت حالة نكس واحدة في مجموعة الستروئيدات. ولم يحدث نكس في مجموعة BTXA.

النتيجة: إن معاكسة التعرق بالذيفان أ للمطثيات يحسن النتائج ويخفض النكس عند المرضى المصابين بأكزيما عسر التعرق. وهذا الذيفان مضاد للحكة، مما يفترض أنه لا يتدخل فقط في تحرر الأسيتيل كولين بل أيضاً له تأثير على المادة P.

CONCLUSION: Interruption of sweating by BTXA improves the outcome and reduces relapses in patients with dyshidrotic hand eczema. BTXA is antipruritic as well suggesting that it does not only interact with acetylcholine release but also substance P.

معالجة الحزاز المنبسط بحقن الذيفان أ للمطثيات: دراسة رائدة مفتوحة

Botulinum Toxin Type A Injection in the Treatment of Lichen Simplex: an Open Pilot Study

Heckmann N, et al.
J Am Acad Dermatol 2002 Apr; 46(4): 617-9



خلفية الدراسة: يستخدم الذيفان أ للمطثيات (BTX-A) بشكل واسع في تجميل الوجه، لكنه لم يدرس بشكل كامل. الهدف: أجريت هذه الدراسة لتقييم فعالية وأمان BTX-A في علاج التجاعيد المقطبية.

طرق الدراسة: تلقى المرضى الذين يعانون من تجاعيد تقطيب شديدة إلى متوسطة عند التقطيب الكامل حقن داخل عضلية بجرعة 20 وحدة من BTX-A (BOTOX) أو من الدواء الموهم في 5 مواقع مقطبية. تمت متابعة المرضى لمدة 120 يوماً بعد الحقن، مع قياس النتائج بالتقييم الفيزيائي لشدة التجاعيد المقطبية عند التقطيب الكامل والراحة، وتقييم المرضى للتحسن، ومراقبة العلامات الأساسية والتأثيرات الجانبية.

النتائج:

- شملت الدراسة 264 مريضاً؛ منهم 203 مرضى في مجموعة BTX-A و 61 في مجموعة الدواء الموهم.
- حدث تراجع واضح في شدة التجاعيد المقطبية عند المعالجين بـ BTX-A أكثر من المعالجين بالدواء الموهم، في جميع القياسات، وفي كل زيارة متابعة ($p < 0.22$)، وقد استمرت الفعالية لدى كثير من المرضى لمدة 120 يوماً.
- حدث في 5.4% من الحالات إبطاق blepharoptosis خفيف غالباً في مجموعة BTX-A.
- الخلاصة: إن حقن الذيفان أ للمطثيات علاج فعال وآمن في تخفيض شدة تجاعيد التقطيب.

CONCLUSION: BTX-A injections are safe and effective in reducing the severity of glabellar lines.

استخدام الذيفان الوشقي أ في معالجة المصابين بتشنج الجفن وجفاف العين Botulinum Toxin A Treatment in Patients Suffering From Blepharospasm and Dry Eye

Horwath-Winter J, et al.
Br J Ophthalmol 2003 Jan;87(1):54-6

خلفية الدراسة: يظهر العديد من المرضى المصابين بتشنج جفن أساسي علامات وأعراض جفاف العين. ويعتبر الذيفان الوشقي أ معالجة فعالة في التقليل من التشنج لدى هؤلاء المرضى.

طريقة الدراسة: أجريت دراسة راجعة للمرضى الذين عولجوا بالذيفان أ للمطثيات (Botox) لتتبع التجاعيد الوجهية الناتجة عن فرط الحركة. تم اختيار 100 مريض بشكل عشوائي من الممارسة السريرية المفردة، حيث طابق 91 منهم المعايير، فقسّموا إلى مجموعتين للتدخل؛ ضمت الأولى 56 مريضاً لم يطبق لديهم العلاج، بينما طبق العلاج لدى 35 مريضاً في المجموعة الثانية مرة واحدة على الأقل في مناطق الفم والرقبة. أجريت مراقبة لفترة تراوحت من 7 إلى 49 شهراً، حيث طبق العلاج لدى معظم المرضى في كلتي المجموعتين لمرة واحدة خلال هذه الفترة.

النتائج:

- لوحظ لدى المرضى من كلا المجموعتين تحسن متشابه للتجاعيد خلال فترتي التقييم الفوري بعد الإحصار العصبي-العضلي وخلال فترة المتابعة.
- بالمقارنة مع المرضى الذين تمت معالجتهم مع قسم الوجه العلوي، فإن المرضى الذين تلقوا علاجاً شاملاً بالذيفان أ للمطثيات متضمناً الحقن في مناطق الفم والرقبة، قد حقنوا في مواقع أكثر في كل إجراء كما تلقوا مشاركة مع علاجات الأخرى.
- كان رضى المرضى على المعالجة بالذيفان أ للمطثيات وعن النتائج جيداً في المجموعتين. الخلاصة: إن الذيفان أ للمطثيات هو وسيلة علاجية هامة للتجاعيد الوجهية الناجمة عن فرط الحركة، بما فيها التجاعيد في منطقة الفم والرقبة.

CONCLUSION: Botulinum toxin type A is an important tool within the therapeutic spectrum for the treatment of hyperkinetic facial wrinkles, including those in the areas of the mouth and neck.

دراسة عشوائية ثنائية التعمية متعددة المراكز مضبوطة بالدواء الموهم عن فعالية وأمان الذيفان أ للمطثيات في علاج تجاعيد التقطيب A Multicenter, Double-Blind, Randomized, Placebo- Controlled Study of the Efficacy and Safety of Botulinum Toxin Type A in The Treatment of Glabellar Lines

Carruthers JA, et al.
J Am Acad Dermatol 2002 Jun;46(6): 840-9



Matarasso SL.
Dermatol Surg 2003 Jan; 29(1):7-13

خلفية الدراسة: تنتج المطنثات الوشيقية عدة ذيفانات خارجية (A, B, C-1, C-2, D, E, F, G) مميزة مصلياً ومستضدياً. ولهذه الأنماط المصلية كلها السمية العصبية ذاتها المسببة شلل العضلات الملساء. ويتوفر النمطان أ وب تجارياً ويستخدمان بشكل واسع في التقليل من تغضن الوجه الحركي. وعلى الرغم من توفر المعلومات حول النمط أ إلا أن النمط ب أصبح متوافراً منذ فترة قريبة فقط، ولا يزال استخدامه سريرياً محدوداً. وإن بعض المميزات التي لا تزال مجهولة بين النمطين الفرعيين هي مدى انتشار الذيفان من موضع الحقن، وبدء التأثير، وتكافؤ الجرعة، ومدة التأثير.

هدف الدراسة: الهدف من هذه الدراسة التمهيدية ثنائية التعمية هو مقارنة المدة التي يستمر فيها الشلل العضلي والإقلال من التغضن الناجم عن الذيفان الوشيقية من النمطين أ وب. وقد تم الحصول على المزيد من المعلومات التي تفيد في اختيار نوع الذيفان المستخدم.

طريقة الدراسة: أجريت دراسة ثنائية التعمية ضمت 10 إناث متطوعات، تراوحت أعمارهن بين 28 و60 عاماً، وزعن بطريقة عشوائية للحقن بالذيفان الوشيقية نمط أ في موضع واحد من التجاعيد ناحية المآق الوحشي، والذيفان ب في المنطقة المحيطة بالعين في الجهة المقابلة.

وبالاعتماد على الأبحاث ذات تسلسل الجرعات، المجراة على مريضات مصابات بخلل توتر عنقي، تلقت المريضات المعالجة بأقل نسبة فعالة مسجلة وهي 1: 50 (وحدة واحدة من الذيفان نمط أ إلى 50 وحدة من نمط ب).

أعطيت 3 حقن من 5 وحدات من الذيفان أ (مجموعها 15 وحدة) و3 حقن من 250 وحدة من الذيفان ب غير المخفف (مجموعها 750 وحدة) في الألياف الجانبية للعضلة الدويرية/الحلقية العينية orbicularis oculi.

النتائج:

- تم تقييم حالة المريضات بعد 7 أيام و30 و60 و90 يوماً.
- تمت مقارنة الموجودات من قبل الطبيب المعالج، والتقييم الذاتي من قبل المريضات، وتقييم الصور الشخصية.
الخلاصة: سجلت جميع المريضات انخفاضاً سريعاً ومريضاً في التجاعيد في كلا المنطقتين حول العين. ومع ذلك، فعند إزالة التعمية عن المحاليل ذات الحجم المتساوية بنسبة 1: 50، ارتبط

هدف الدراسة: بحث تأثير حقن الذيفان الوشيقية أ على الوظيفة الدمعية وعلى شكل سطح العين لدى المرضى المصابين بتشنج الجفن مع متلازمة جفاف العين.

طريقة الدراسة: تم حقن الذيفان الوشيقية أ لدى 16 مريضاً مصابين بتشنج الجفن. كان جميع هؤلاء المرضى يشكون من أعراض جفاف العين وانخفاض قيم زمن انقطاع الدمع.

أجري استبيان شخصي، وفحوصات العين بما فيها زمن انقطاع الدمع، وفحص Schirmer دون تخدير موضعي، وتلوين وردية البنغال قبل الحقن، وبعده بأسبوع واحد وشهر واحد و3 أشهر. وأجريت دراسة خلوية قبل المعالجة بالذيفان وبعده بشهر واحد و3 أشهر.

النتائج:

- على الرغم من زوال تشنج الجفن لدى جميع المرضى بعد حقن الذيفان الوشيق أ، إلا أن 3 مرضى فقط لاحظوا تحسناً في أعراض جفاف العين.

- لاحظ 8 مرضى عدم وجود اختلاف، وشكى 5 مرضى من سوء الوضع.

- ازداد زمن انقطاع الدمع بعد أسبوع واحد وشهر واحد من الحقن.

- انخفضت قياسات فحص Schirmer بعد حوالي 3 أشهر.

- ازدادت درجة التصبغ قليلاً باستخدام وردية البنغال بعد أسبوع واحد من الحقن.

- أظهر الفحص الخلوي عدم حدوث تغير في شكل خلايا الملتحمة بعد شهر واحد و3 أشهر من الحقن.

الخلاصة: في هذه الدراسة كان حقن الذيفان الوشيقية أ فعالاً في إزالة التشنج لدى المرضى الذين يعانون من تشنج الجفن وجفاف العين، إلا أنه لم ينجح في معالجة متلازمة جفاف العين.

CONCLUSION: In the patients presented here suffering from blepharospasm and dry eye, botulinum toxin A injections were effective in relieving blepharospasm but were not successful in treating dry eye syndrome.

المقارنة بين نمطي الذيفان الوشيقية أ وب:
تقييم عشوائي ثنائي التعمية، ثنائي الجانب
لمعالجة التجاعيد حول العينين

Comparison of Botulinum Toxin Types A and B:
A Bilateral and Double-Blind Randomized Evaluation
in the Treatment of Canthal Rhytides



(Botox Allergan) بتوجيه منبه كهربائي. وتم تقييم الفعالية من قبل المريض خلال 1 و 3 و 6 أشهر، حسب 3 درجات (غائب، وحقيقي ولكن غير كاف، وجيد جداً)، على أساس فردي ذاتي تم تعريفه سابقاً بعد الوصف الدقيق للأعراض، ونمط الإثارة والتأثير الوظيفي.

النتائج:

- أجريت 57 جلسة لـ 36 مريضاً.
- في الشهر الأول، كان 81% من الجلسات فعالاً، منها 39% أبدت نتائج جيدة جداً.
- في الشهر السادس، بقيت 57% من الجلسات فعالة، منها 25% جيدة جداً.
- لوحظت أفضل النتائج في حال البسط الدائم لإصبع القدم الكبير.
- بقيت الفعالية جيدة جداً خلال الأشهر الستة لـ 47% من الجلسات.

الخلاصة: تستمر نتائج المعالجة بالذيفان أ للمطثيات لمدة 6 أشهر بالاعتماد على التقييم من قبل المريض، ويعتبر هذا التقييم شخصي نسبياً لكنه يشكل أساس التقييم العلاجي.

CONCLUSION: Having been assessed by the patients on the basis of individual objectives, the good result of the treatment by BTX can persist for more than 6 months. The assessment is partly subjective but is, in clinical use, the main basis for the treatment discussion.

الذيفان ب بانزعاج أكبر بقليل عند الحقن، وببدء تأثير أسبق، وإحساس بالضغط في المنطقة المعالجة، وكانت المدة التي استمر فيها شلل العضلة أقصر.

CONCLUSION: All patients noted rapid and satisfactory reduction in the rhytides in both periocular areas. However, upon unblinding of the solutions at the same volumes with a 1:50 ratio, type B toxin was found to be associated with slightly more discomfort upon injection, quicker onset of action, a sensation of "tightness" of the treated area, and a briefer duration of muscle paralysis.

فعالية الذيفان أ للمطثيات على مدى 6 أشهر في علاج فرط الفعالية العضلية في الأطراف السفلية التالي للسكتة الدماغية

Efficacy at Six Months of the Botulinum Toxin A in the Post-Stroke Lower limb's Muscular Aoveractivity

Yelnik A, et al.
Ann Readapt Med phys 2002 Apr;45(4): 159-65

خلفية وهدف الدراسة: غالباً ما يحدث لدى المريض المصاب بشلل شقي (فالج) عجز بسبب فرط النشاط العضلي في الأطراف السفلية، والذي يمكن معالجته بالذيفان أ للمطثيات (BTX). تهدف الدراسة لتقييم مدة وفعالية هذه المعالجة، محددة من قبل المريض.

طريقة الدراسة: أجريت الدراسة على المصابين بشلل شقي تال للسكتة الدماغية، والذين يعانون من عجز بسبب فرط فعالية العضلات الطرفية في الطرف السفلي. أعطيت حقن BTX



ملخصات طبية مختارة Selected Abstracts

- صحة عامة**..... (ص40)
- * دور المورثات في عنف الأطفال التالي لسوء المعاملة.
 - * عام آخر جيد للتنميع.
 - * مقارنة فعالية طاردات الحشرات تجاه لدغ البعوض.
 - * القصور الوظيفي المعرفي التالي للعمل الجراحي لدى المرضى في متوسط العمر.
 - * البوتاسيوم في المصل والغذاء وخطورة السكتة الدماغية.
- طب طوارئ**..... (ص43)
- * دور الأوكسجين عالي الضغط في علاج الانسمام الحاد بأول أوكسيد الكربون.
 - * حالات البطن الحاد في وحدة العناية المركزة.
 - * الستيروئيدات منخفضة الجرعة لعلاج الصدمة الإنتانية.
 - * نقل الدم لدى المرضى ذوي الحالة الحرجة.
 - * استخدام الصادات الحيوية الوقائي يبدو مفيداً في وحدة العناية المركزة الجراحية.
- البدانة والداء السكري**..... (ص46)
- * البدانة: القصة والقضية المستمرة.
 - * المعالجة باستخدام مضخة الأنسولين لدى الأطفال في سن بدء المشي وما قبل المدرسة المصابين بالداء السكري من النمط الأول.
- أمراض خمجية**..... (ص47)
- * معالجة الزكام بالمضادات الفيروسية بمشاركة مضادات الوسائط.
 - * تأثير تناول فيتامين E والمعالجة الإضافية عديدة الفيتامينات والمعادن يومياً على أحماج الطرق التنفسية الحادة لدى المسنين: دراسة عشوائية موجهة.
 - * استخدام الديكساميثازون لدى البالغين المصابين بالتهاب سحايا جرثومي.
 - * فيروس غرب النيل: طرق الانتقال والمتلازمات السريرية.
 - * يدخل فيروس النيل الغربي عبر الدم.
 - * يسبب فيروس النيل الغربي التهاب سنجابية النخاع (شلل الأطفال).
 - * مقارنة بين استخدام شوط قصير من الريفامبين والبيرازيناميد واستخدام الأيزونيازيد لعلاج الخمج السلي الكامن: دراسة سريرية عديدة المراكز.
 - * المعالجة التجريبية لذات الرئة المكتسبة من المجتمع باستخدام الفلوروكينولونات وعلاقتها بتأخير معالجة الدرن.
 - * نماذج مقاومة الدواء العالمية وتنبير الإصابة السلية الكامنة لدى المهاجرين إلى الولايات المتحدة.
 - * جائحة السالمونيلا Newport المقاومة للعديد من الأدوية في الولايات المتحدة، في الفترة بين 2002/4-1.
 - * فعالية الميليتيفوزين الفموي في معالجة اللاشيمانيا الحشوية الهندية.
- طب أطفال**..... (ص53)
- * هل فحص CRP هو الأفضل لكشف الأحماج الجرثومية لدى الأطفال المحمومين؟
 - * ذات الرئة بالطفولة: من المرجح كون المعالجة القصيرة فعالة.
 - * التهاب اللقافة النخري: تقرير عن 39 حالة لدى الأطفال.
 - * مقارنة بين استخدام التهوية المتقطعة عالية التواتر والتهوية الآلية التقليدية لدى المواليد ذوي الأوزان شديدة الانخفاض.
 - * خيار أفضل لعلاج الأطفال المصابين بسدادة غاطسية.
 - * علاج الورم الوعائي الدموي بالليزر: ليس أفضل من المراقبة.
- أمراض مناعية**..... (ص57)
- * دور التاليدوميد في معالجة الساركوئيد المزمن.
 - * المعالجة المزمنة بالليفلونوميد لمرضى التهاب المفاصل الرثياني الفعال بالرغم من إعطاء جرعات ثابتة من الميثوتريكسات: دراسة عشوائية...
- أمراض قلبية وعائية**..... (ص58)
- * مقارنة بين دور مستويات البروتين المفعّل C وكوليسترول البروتين الدهن منخفض الكثافة في التنبؤ بالإصابات القلبية الوعائية الأولى.
 - * ضبط النظم أم ضبط عدد ضربات القلب لعلاج AFIB: قد يكون الجواب مفاجئاً.
 - * تأثير إضافة الإبليريون إلى حاصرات جهاز الرينين-أنجيوتنسين لدى مرضى ارتفاع الضغط الشرياني.
 - * اللوسارتان مقابل الأتينولول لعلاج ارتفاع الضغط الانقباضي المعزول.
 - * احتشاء العضلة القلبية الحاد والقصور الوظيفي الكلوي: مشاركة مرتفعة الخطورة.
 - * إنقاص الحاجز بين البطينين بطريقة غير جراحية لدى مرضى اعتلال العضلة القلبية الضخامي.
- أمراض صدرية-تنفسية**..... (ص64)
- * سلفات المغنيزيوم للربو الشديد الحاد.
- أمراض هضمية**..... (ص64)
- * توقع التشمع أو التليف الكبدي لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي C.
 - * النور أدرينالين: معالجة حديثة للمتلازمة الكبدية الكلوية؟
 - * هل يفيد التصوير الشعاعي بالمادة الظليلة في تشخيص انسداد الأمعاء الدقيقة؟
 - * التنظير الداخلي باستخدام المحفظة: طريقة جديدة لكشف أمراض الأمعاء الدقيقة.
- أمراض عصبية**..... (ص67)
- * دور شذوذ المشية كمنبئ بالإصابة بعته غير داء ألزهايمر.
 - * تأثير الأنزيم المساعد Q10 في داء باركنسون المبكر: دليل على تأخير التراجع الوظيفي.
- طب عيون**..... (ص68)
- * هل تقي معالجة ارتفاع الضغط داخل العين من الزرق؟
- أمراض نسائية وتوليد**..... (ص68)
- * المعالجة الهرمونية التعويضية: الحذر عند استخدامها.
 - * هل العلاج الدوائي لفقدان الحمل هو علاج معقول.
- أمراض جلدية**..... (ص70)
- * ماهو أفضل علاج موضعي للثآليل؟
- أمراض جراحية**..... (ص70)
- * تدبير انتقاب المري الناجم عن الإجراءات الطبية.
- أمراض الجهاز البولي**..... (ص71)
- * الحدوث العائلي لسلس البول.
- أمراض عظمية-مفصلية**..... (ص71)
- * معايير مميزة لتخطيط الصدى في تشخيص متلازمة نفق الرسغ.
 - * الجراحة بواسطة تنظير المفصل تبدو غير فعالة في علاج التهاب مفصل الركبة التنكسي (العضال العظمي).
 - * مقارنة كزيميلاغراتان بالوارفرين في الوقاية من الانصمام الخثاري الوريدي بعد التصنيع (الرأب) التام لمفصل الركبة: دراسة عشوائية...
- أورام**..... (ص73)
- * لقاح لسرطان عنق الرحم؟
 - * المطلوب استراتيجيات جديدة لسرطان الثدي.
 - * تصوير الثدي لنساء بعمر 40-49 عاماً: دراسة عشوائية سلبية أخرى.
 - * سيكلين E والبقيا لدى مريضات سرطان الثدي.
 - * دراسة عشوائية متابعة لمدة 20 عاماً للمقارنة بين الجراحة المحافظة على الثدي واستئصال الثدي التام لعلاج سرطان الثدي المبكر.
 - * الاستئصال الواسع مقابل الاعتيادي لكشف الخباثة لدى البالغين المصابين بالتهاب الجلد والعضل والتهاب العضلات العديدة: دراسة ضمت 40 مريضاً.
 - * دور تنظير المنصف في تقييم إصابة المنصف بسرطان الرئة غير صغير الخلايا دون ضخامات عقدية سرية (N0) قبل الفتح الجراحي.
 - * استئصال السرطانة الغدية-الشائكة في المرارة مبرر فقط إذا كان الاستئصال الشافي ممكناً.
- أمراض نفسية**..... (ص78)
- * الدلائل الكهروفيزيائية تشير إلى وجود تبدل موسمي في حساسية الشبكية في تحت متلازمة الاكتئاب الشتوي.
 - * العلاقة بين خطورة الانتحار والقصة العائلية لانتحار تام واضطرابات نفسية: دراسة موجهة متداخلة معتمدة على سجلات طولانية.
- أبحاث**..... (ص79)
- * ADAM33: مورثة جديدة للربو.
 - * الداء التنكسي العصبي: مسام نشوانية ناجمة عن طفرات مرضية.
 - * العوامل الحالة للجراثيم التي تكشف وتقتل عصيات الجمره الخبيثة.



COMMENT: These results reinforce the general hypothesis that adult behavior is a function of both nature and nurture. The identification of genes that influence adult behavior someday may lead to interventions during childhood yielding personal and social benefits but also raising serious ethical questions.

عام آخر جيد للتمنيع

Another Good Year for Immunizations

Journal watch 2003 Jan 1;23(1):8

لا يزال التمنيع أحد أسرع المجالات تطوراً في طب الأطفال. ولتكتمل أهمية اللقاح يجب توفر المعادلة الصعبة بين العلوم الأساسية والصحة العامة والقبول من المجتمع، وقد تم تسجيل نتائج دراسات عديدة في مجال الصحة العامة في العام 2002.

تم التصريح باستخدام لقاح المكورات الرئوية لدى الرضع حين اكتملت فعاليته في بداية العام 2000، فقد سجلت إحدى الدراسات انخفاضاً بنسبة 90% تقريباً في الأمراض الغازية الناجمة عن المكورات الرئوية الحساسة للقاح لدى الأطفال دون العام الواحد من العمر.

وكان لقاح الحماق فعالاً أيضاً، فخلال فترة 6 أعوام بدأت مباشرة قبل التصريح باستخدام اللقاح ارتفع عدد متناولي هذا اللقاح في 3 مجتمعات بنسبة 74% على الأقل، وانخفض عدد إصابات الحماق بنسبة 78% تقريباً، وقد كان أكثر المستفيدين من هذا اللقاح من الأطفال الصغار، إلا أن نسبة الإصابات بين البالغين انخفضت أيضاً بمقدار 66% تقريباً. إضافة إلى ذلك، أثبتت نتائج دراسة مدتها 20 عاماً التأثير الوقائي المديد للقاح الحماق عند إعطائه للبالغين الذين ترتفع خطورة تعرضهم له، فمن بين 461 بالغاً، حدث جدي الماء لدى 40 بالغاً فقط (أصيب 19 بالغاً بعدوى منزلية) خلال 12 عاماً بعد تناول آخر لقاحاتهم، وكانت جميع هذه الحالات خفيفة.

في دراسة أخرى أظهرت الموجودات استفادة البالغين من برامج تمنيع الأطفال. فقد تناول حوالي 30000 طفل (66% منهم منتخبون) في مقاطعة واحدة في كاليفورنيا لقاح واحد على الأقل ضد التهاب الكبد A خلال مدة 6 أعوام، فانخفضت نسبة الإصابات السنوية بمرض التهاب الكبد A بمقدار 57% لدى عامة السكان رغم أن الأطفال هم أكبر المستفيدين منه (كانت نسبة الانخفاض 79% مقابل 44% لدى البالغين)، ولم تشهد لهذا اللقاح حالات فشل. وبالاعتماد على هذه النتائج، أشارت الدراسة

■ صحة عامة

Public Health

دور المورثات في عنف الأطفال التالي لسوء المعاملة How Genes Help Maltreated Children Become Violent

Science 2002 Aug 2;297:851-4, 752
Journal Watch 2002 Sep 15;22(18):143-4

خلفية الدراسة: تزداد قابلية الصبية المعرضين بكثرة للضغط والمعاقبة في الطفولة لأن يصبحوا بالغين معادين للمجتمع وعنيفين. ومع ذلك فلا يصبح جميع الصبيان الذين تعرضوا لسوء المعاملة بالغين عنيفين، كما أنه ليس جميع البالغين العنيفين كانوا معرضين لسوء المعاملة.

طريقة الدراسة: أجريت دراسة عديدة الجنسيات، طبقت على 442 ذكراً أبيض منذ الولادة إلى البلوغ. وباستخدام اختبار نفسي منهجي، ومعلومات من الأصدقاء، وسجلات المحكمة، تمت بتأن جدولة التربية في الطفولة وسلوك البالغ. كما تم قياس فعالية المورثة أوكسيداز وحيدة الأمين (MAOA) A الذي ارتبط بالسلوك العدوانية.

النتائج:

كانت مشاركة المعاملة السيئة في الطفولة والنمط المورثي الذي يقدم مستوى منخفضاً من فعالية MAOA قد زادت بشكل كبير من إمكانية تطور الطفل إلى بالغ يتصف بالعنف ومعاداة المجتمع. فعلى الرغم من أن 12% فقط من الأشخاص كانوا قد تعرضوا لسوء معاملة في الطفولة ولديهم فعالية MAOA منخفضة، فإنهم يشكلون فقط 44% من مجموع الأشخاص المدانين بالسلوك العنيف في البلوغ. وعلى العكس، فإن الأطفال الذين تعرضوا لسوء المعاملة ولديهم فعالية MAOA مرتفعة والأطفال الذين لم يتعرضوا لمثل هذه المعاملة ولديهم فعالية MAOA منخفضة لم يكونوا أكثر قابلية لإظهار سلوك لا اجتماعي، مقارنة بالأطفال الذين لم يتعرضوا لهذه المعاملة ولديهم فعالية MAOA مرتفعة.

الخلاصة والتعليق: تدعم هذه النتائج الفرضية العامة بأن سلوك البالغين يتأثر بكل من الطبيعة والتربية. وقد يمكن تحديد المورثات التي تؤثر في سلوك البالغ يوماً ما من إجراء مداخلات في الطفولة تؤدي إلى فوائد شخصية واجتماعية، ولكنها أيضاً تثير تساؤلات هامة عن السلوك الطبي.



تم اختبار هذه المنتجات في وسط مخبري مراقب، تم فيه تثبيت جميع العوامل التالية: نوع البعوض، وعمره، ودرجة جوعه، ودرجات الرطوبة والحرارة، ودورة النور والظلام.

النتائج:

- قدمت المنتجات الحاوية أساساً على DEET وقاية تامة لأطول مدة. كما ارتبط ارتفاع تراكيز DEET بإطالة زمن التأثير.
- بلغ وسطي زمن الوقاية التامة 301.5 دقيقة للمنتجات الحاوية على 23.8% من DEET.
- كان متوسط زمن الوقاية من لدغ البعوض 94.6 دقيقة للمنتجات الحاوية أساساً على زيت فول الصويا.
- كان متوسط زمن الوقاية 22.9 دقيقة للمنتجات الحاوية أساساً على IR3535.

- وفرت جميع المنتجات النباتية المختبرة الأخرى وقاية لمدة تقل عن 20 دقيقة وسطياً.
- لم تقدم أشربة الرسخ المشربة بطارد الحشرات أية وقاية.
- الخلاصة: المنتجات الطاردة للحشرات المتوفرة حالياً غير الحاوية على DEET لا توفر وقاية لفترات مماثلة لتلك التي توفرها المنتجات الحاوية أساساً على DEET، ولا يمكن أن تعتمد في توفير الوقاية المديدة في البيئات التي تشكل فيها الأمراض المنقولة بواسطة البعوض تهديداً حقيقياً.

CONCLUSION: Currently available non-DEET repellents do not provide protection for durations similar to those of DEET-based repellents and cannot be relied on to provide prolonged protection in environments where mosquito-borne diseases are a substantial threat.

القصور الوظيفي المعرفي التالي للعمل الجراحي لدى المرضى في متوسط العمر

Postoperative Cognitive Dysfunction in Middle-Aged Patients

Johnson T, et al.
Anesthesiology 2002 Jun;96(6):1351-7

خلفية الدراسة: يرتبط القصور الوظيفي المعرفي التالي للعمل الجراحي غير القلبي ارتباطاً قوياً مع تزايد العمر لدى المرضى المسنين، وقد يتوقع انخفاض نسبة حدوث هذا القصور لدى المرضى في متوسط العمر (40-60 عاماً) على الرغم من تكرار الشكاوى الفردية.

إلى استخدام لقاح التهاب الكبد A بشكل روتيني لدى جميع الأطفال. ومع ذلك، فقد تشير التوصيات إلى استهداف الأطفال الذين يعيشون في مناطق ذات نسبة إصابة مرتفعة بـ خمج التهاب الكبد A، بالإضافة إلى المجموعات ذات الخطورة المرتفعة لأسباب معينة. وتعتبر ثقة عامة الناس في اللقاحات المعتمدة حالياً ضرورية، وغالباً ما يجد الأطباء دورهم كمفاعلين عنها صعباً بسبب كثرة الاتهامات بأنها مؤذية للأطفال (وخاصة ما ينشر على شبكة المعلوماتية/الإنترنت). وربما يكون الاتهام الأكثر تأثيراً هو أن لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية ترتبط بالتوحد. ومع ذلك، لم يشاهد مثل هذا الارتباط في دراستين كبيرتين مطبقتين على المجتمع أجريتا في الدول الاسكندنافية.

ولا يخلو التمنيع من بعض المشاكل، إلا أن المعطيات تظهر أن الفائدة الكلية للقاحات تصنف وفق إنجازاتها الهامة في الصحة العامة.

مقارنة فعالية طاردات الحشرات

تجاه لدغ البعوض

Comparative Efficacy of Insect Repellents Against Mosquito Bites

Fradin MS, Day JF.

N Engl J Med 2002 Jul 4;347(1):13-8

خلفية الدراسة: دعى وجود خطورة عالمية للأمراض المنقولة بواسطة مفصليات الأرجل مع الإراضية والوفيات المرتبطة بها إلى الحاجة لطاردات حشرات فعالة. وقد تم تسويق العديد من المنتجات الطاردة (الكيميائية والنباتية والطاردات البديلة) إلى المستهلك.

هدف الدراسة: تحديد المنتجات المتوفرة في الولايات المتحدة التي تقدم وقاية تامة من لدغ البعوض وموثوقة.

طريقة الدراسة: أجريت دراسات ضمت 15 متطوعاً لاختبار الفعالية النسبية لـ 7 منتجات نباتية طاردة للحشرات، و 4 منتجات تحوي على N,N-diethyl-m-toluamide الذي يدعى الآن N,N-diethyl-3-methylbenzamide (DEET)، ومنتجاً يحوي (ethylbutylacetylaminopropionate) IR3535، و 3 منتجات مكونة من أشربة رسغية مشربة بالمادة الطاردة للحشرات، ومرطبات للبشرة يعرف عادة بخواصه الطاردة للحشرات.



طريقة الدراسة: في هذا التقرير عن الدراسة الراجعة المجرة من قبل دراسة الصحة القلبية الوعائية الأمريكية، درس الباحثون الترافق بين البوتاسيوم والحدوث الإجمالي للسكتة بين 5600 شخص أعمارهم تتجاوز 65 عاماً، وليست لديهم قصة إصابة بالسكتة. بعد إجراء التقييم الأساسي الذي يتضمن قياس مستوى البوتاسيوم المصلي والتقييم الغذائي، تمت متابعة الحالات لمدة تجاوزت الثماني سنوات.

نتائج الدراسة: خلال فترة المتابعة، حدثت 473 إصابة بالسكتة. وقد ترافق وجود مستوى بوتاسيوم مصلي عند بدء الدراسة لايتجاوز 4.0 mEq/L مع زيادة واضحة في خطورة الإصابة بالسكتة بين متناولي المدرّات (الخطر النسبي = 2.5 مقارنة مع المستويات المصلية الأعلى)، ولكن ليس بين غير المتناولين لها. بالنسبة لبوتاسيوم الغذاء، كانت النتائج مختلفة بطريقة ما، فانخفاض المدخول الغذائي من البوتاسيوم ترافق مع زيادة واضحة لخطر السكتة بين الذين لايتناولون المدرّات (مقدار الخطورة RR = 1.76 بين الخمس الأخفض والأعلى) ولكن ليس بين متناولي المدرّات. هذه الاختبارات قد تم ضبطها من ناحية العمر وضغط الدم والمتغيرات الأخرى.

الخلاصة والتعليق: يمكن للبوتاسيوم أن يؤثر في خطورة حدوث السكتة الدماغية من خلال آليات متعددة تتضمن البيولوجيا الوعائية، حسب أحد الدارسين. البوتاسيوم الغذائي هو من العلامات الهامة عند غير المتناولين للمدرّات وعلى العكس، يبدو أن البوتاسيوم المصلي أكثر أهمية عند متناولي المدرّات، وربما كان التغير المعتدل للبوتاسيوم الغذائي غير ذي أهمية عند استخدام المدرّات. هذه النتائج قد تكون مثيرة، لكننا لا نزال بحاجة لإثبات كون زيادة البوتاسيوم الغذائي (أو العوامل الأخرى التي تزيد من مستوى البوتاسيوم المصلي) تقلل من خطورة السكتة.

COMMENT: Potassium might influence stroke risk through several mechanisms that involve vascular biology, according to an editorialist. Dietary potassium seems to be the most important marker among nonuser of diuretics. In constant, serum potassium appears to be among diuretics users; perhaps modest variations in dietary potassium are rendered inconsequential by diuretic use. In any case, these results are provocative, but we still need evidence that increased dietary potassium (or other maneuvers that raise serum potassium levels) reduces stroke risk.

طريقة الدراسة: استخدمت طريقة تحليل نتائج Z لمقارنة تغيرات نتائج الفحص النفسي العصبي بعد أسبوع واحد وبعد 3 أشهر لدى مرضى تراوحت أعمارهم بين 40 و 60 عاماً مع أفراد شاهد مماثلين في العمر، وذلك باستخدام مجموعة فحوص نفسية-عصبية.

تم تحديد عوامل الخطورة وارتباط POCD بمعايير الوظيفة المعرفية الشخصية، والاكتئاب، ونشاطات الحياة اليومية. النتائج:

- خلال 7 أيام، شوهد قصور وظيفي معرفي لدى 19.2% من المرضى، ولدى 4% من الشاهد.
- بعد 3 أشهر، كانت نسبة الحدوث 6.2% لدى المرضى، و 4.1% لدى الشاهد (فرق غير هام).
- ارتبط POCD خلال 7 أيام بالتخدير الإضافي فوق الجافية، وتجنب تناول الكحول.
- خلال 3 أشهر، شوهدت أعراض شخصية لـ POCD لدى 29% من المرضى، ارتبطت بالإصابة بالاكتئاب.
- ارتبط POCD المبكر بانخفاض عدد نقاط الفعالية بعد 3 أشهر.

الخلاصة: تتكرر الإصابة بقصور وظيفي معرفي نال للعمل الجراحي، إلا أنه يزول خلال 3 أشهر من إجراء الجراحة، ويمكن أن يرتبط بنقص الفعالية خلال هذه الفترة. إن بعض التقارير الشخصية تبالغ في تقدير هذا القصور، لذا يمكن مساعدة هؤلاء المرضى بتعريفهم بهذه المشكلة وبكونها حقيقية ولكنها عابرة.

CONCLUSIONS: Postoperative cognitive dysfunction occurs frequently but resolves by 3 months after surgery. It may be associated with decreased activity during this period. Subjective report overestimates the incidence of POCD. Patients may be helped by recognition that the problem is genuine and reassured that it is likely to be transient.

البوتاسيوم في المصل والغذاء وخطورة السكتة الدماغية Serum and Dietary Potassium and Risk for Stroke

Neurology 2002 Aug 13; 59: 14-20,302-3
Journal watch 2002 Oct; 22(19): 149.

خلفية الدراسة: في عدة دراسات مراقبة، لوحظ ترافق مستوى البوتاسيوم المنخفض في المصل أو الغذاء مع زيادة معدل الوفيات من جراء الإصابة بالسكتة.



■ طب طوارئ

Emergency Medicine

دور الأوكسجين عالي الضغط في علاج الانسمام الحاد بأول أوكسيد الكربون Hyperbaric Oxygen for Acute Carbon Monoxide Poisoning

Weaver LK, et al.
N Engl J Med 2002;347:1057-67

خلفية الدراسة: توجد عقابيل معرفية عادة لدى مرضى الانسمام الحاد بأول أوكسيد الكربون.

هدف الدراسة: أجريت دراسة عشوائية ثنائية التعمية لتقييم فعالية الأوكسجين عالي الضغط في علاج هذه العقابيل المعرفية.

طريقة الدراسة: أجري توزيع عشوائي لمرضى مصابين بانسمام حاد بأول أوكسيد الكربون مترافق بأعراض إلى مجموعتين متساويتين، تلقى المرضى في المجموعة الأولى 3 جلسات في الغرفة خلال فترة 24 ساعة، تتألف من 3 معالجات بالأوكسجين عالي الضغط، وتلقى المجموعة الثانية معالجة واحدة بالأوكسجين سوي الضغط بالإضافة إلى جلستين تعرضوا فيها إلى هواء الغرفة معتدل الضغط.

تم تطبيق معالجات الأوكسجين باستخدام مخزن عالي التدفق ومن خلال قناع للوجه يمنع إعادة التنفس أو بواسطة أنبوب داخل رغامي. وقد طبقت الفحوص النفسية العصبية فوراً بعد جلسة الغرفة الأولى والثالثة، وبعد أسبوعين، و6 أسابيع، و6 أشهر، و12 شهراً من الإدراج في الدراسة.

كانت النتيجة الأولية هي العقابيل المعرفية بعد 6 أسابيع من الانسمام بأول أوكسيد الكربون.

النتائج:

- أوقفت الدراسة عند التحليل الثالث من جدول الدراسة المؤلف من 4 تحاليل مؤقتة، حيث بلغ عدد مرضى كل مجموعة عند هذه النقطة 76 مريضاً.

- كانت العقابيل المعرفية في الأسبوع السادس أقل تكراراً في مجموعة الأوكسجين عالي الضغط (19 من 76 مريضاً = 25%) مقارنة بمجموعة الأوكسجين سوي الضغط (35 من 76 مريضاً = 46.1%)، وذلك حتى بعد ضبط القصور الوظيفي المخيخي ومتغيرات المطابقة (معدل الفرق 0.45).

- ارتبط القصور الوظيفي المخيخي قبل المعالجة بحدوث عقابيل معرفية (معدل الفرق 5.71)، وكان أكثر حدوثاً في مجموعة الأوكسجين سوي الضغط (15% مقابل 4%).

- كانت العقابيل المعرفية أقل حدوثاً في مجموعة الأوكسجين خلال 12 شهراً، وذلك حسب التحليل الهادف للمعالجة. الخلاصة: تشير الدراسة إلى أن تطبيق 3 جلسات من المعالجة بالأوكسجين عالي الضغط ضمن فترة 24 ساعة تخفض من خطورة العقابيل المعرفية بعد 6 أسابيع و12 شهراً من الانسمام الحاد بأول أوكسيد الكربون.

CONCLUSION: Three hyperbaric-oxygen treatments within a 24-hour period appeared to reduce the risk of cognitive sequelae 6 weeks and 12 months after acute carbon monoxide poisoning.

حالات البطن الحاد في وحدة العناية المركزة

Acute Abdomen in the Medical Intensive Care Unit

Gajic O, et al.
Crit Care Med 2002 Jun;30(6):1187-90

خلفية الدراسة: قد لا يشخص الاختلاط البطني الحاد في وحدة العناية المشددة جيداً مما يشكل خطورة هامة للوفاة.

هدف الدراسة: افترض أن التأخر في إجراء الجراحة بسبب الأعراض اللانمذجية عند مراجعة المشفى - مثل غياب علامات البروتان (الصفاق) - يمكن أن يسهم في حدوث الوفاة.

طريقة الدراسة: أجريت دراسة جماعية راجعة في الولايات المتحدة بين عامي 1995 و2000.

مكان الدراسة: وحدة العناية الطبية المشددة في مركز رعاية من الدرجة الثالثة.

المجموعة المدروسة: مرضى وحدة العناية المشددة الذين شخص لديهم بالطريقة السريرية أو الجراحية أو بفحص الخزعة إصابة بطنية خطيرة حادة (مثل التمثوت أو انتقاب الأحشاء).

المعايير والنتائج الرئيسية:

- طابق 77 مريضاً (1.3%) معايير الدراسة.

- كان نقص التروية المعوية هو التشخيص الأكثر مشاهدة، تبعته القرحة النافذة، وانسداد الأمعاء، والتهاب المرارة.

- كانت نسبة الوفيات الفعلية أعلى من تلك المتوقعة بنتائج تقييم التاريخ الصحي والحالة الحادة Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) III عند مراجعة وحدة العناية الطبية المركزة (63% مقابل 31%).



النتائج:

- من بين 229 مريضاً لم يستجيبوا للحاثة القشرية الكظرية (مما يشير إلى نقص مخزون الكظر)، كانت نسبة الوفيات خلال 28 يوماً أقل بشكل هام في مجموعة الستيروئيد مقارنة بمجموعة الدواء الموهم (53% مقابل 63%).

- كان وسطي الزمن بين بدء المعالجة بالمقبضات الوعائية والانسحاب منها أقصر بشكل هام في مجموعة الستيروئيدات.

- لم يشاهد اختلاف هام في البقاء بين المجموعتين لدى المرضى الذين لم يستجيبوا للحاثة القشرية الكظرية.

- لم تشاهد تأثيرات جانبية ناجمة عن الستيروئيدات.

الخلاصة والتعليق: تشير هذه النتائج إلى أن العديد من المرضى المصابين بصدمة إنتانية لديهم قصور نسبي في وظيفة الكظر، وبذلك يمكن أن تكون الستيروئيدات مفيدة في مثل هذه الحالات. وتتصح الدراسة بإجراء اختبارات تحريض الحاثة القشرية الكظرية لدى هؤلاء المرضى، ثم تبدأ معالجتهم بالهيدروكورتيزون - فلودروكورتيزون، وعندما تتوفر نتائج الاختبار يجب أن تستمر المعالجة بالستيروئيدات لدى المرضى غير المستجيبين للحاثة القشرية الكظرية، وتوقف المعالجة لدى المستجيبين.

COMMENT: These results suggest that many patients with septic shock have relative adrenal insufficiency and that steroids may be beneficial in such cases. The authors and 2 editorialists recommend that patients with septic shock undergo corticotropin stimulation tests, followed by initiation of hydrocortisone-fludrocortisone therapy; when the test results become available, steroids should be continued in corticotropin nonresponders and discontinued in corticotropin responders.

نقل الدم لدى المرضى ذوي الحالة الحرجة

Blood Transfusions in Critically Ill Patients

Journal Watch 2002 Nov 1; 22 (21)

في دراسة سابقة، كانت سياسة نقل الدم المشددة (الانتظار حتى هبوط مستوى الخضاب لأقل من 7 غ/دل) مترافقة مع ميل نحو انخفاض الوفيات بين مرضى وحدات العناية المركزة ICU. والآن قدمت نتائج دراسة مستقبلية مراقبة شملت عدة آلاف من المرضى في 15 دولة أوروبية اعتبارات إضافية فيما يتعلق بنقل الدم والوفيات.

- لم تجر مداخلات جراحية لدى 26 مريضاً (34%)، فتوفوا جميعاً.

- خضع 51 مريضاً للعمل الجراحي، بقي 28 مريضاً منهم على قيد الحياة (56%).

- ارتفعت نسبة الوفيات في حال التأخر في التقييم الجراحي والمداخلات الجراحية، ونتائج APACHE III، والقصور الكلوي، وتشخيص نقص تروية معوية.

- كان تأخر المداخلات الجراحية أكثر حدوثاً لدى المرضى المصابين بتبدل في الحالة العقلية، وكذلك في حال غياب العلامات البرتوانية، وتعاطي المواد الأفيونية، والصادات الحيوية، والتهوية الآلية.

الخلاصة: إن التأخر في التقييم والمداخلات الجراحية هو عامل هام يؤثر في نسبة الوفيات لدى المرضى الذين يصابون باختلاطات بطنية حادة في وحدة العناية المركزة.

CONCLUSION: Delays in surgical evaluation and intervention are critical contributors to mortality rate in patients who develop acute abdominal complications in a medical intensive care unit.

الستيروئيدات منخفضة الجرعة لعلاج الصدمة الإنتانية

Low-Dose Steroids in Septic Shock

JAMA 2002 Aug 21;288:862-71, 886-7
Journal Watch 2002 Sep 15;22(18):139

خلفية الدراسة: إن الفكرة بأن الستيروئيدات القشرية منخفضة الجرعة يمكن أن تحسن الموجودات لدى مرضى الصدمة الإنتانية يمكن أن تعيد إلى الأذهان الاهتمام الناجم عن ملاحظة أن العديد من المرضى الحرجين لديهم نقص في مخزون الكظر.

طريقة الدراسة: في دراسة فرنسية ثنائية التعمية، أجري توزيع عشوائي لـ 300 مريض مصابين بصدمة إنتانية لتناول أشواط مدتها 7 أيام من الهيدروكورتيزون (50 ملغ وريدياً/ 6 سا) إضافة إلى الفلودروكورتيزون (قرص بجرعة 50 مكغ مرة واحدة يومياً)، أو الدواء الموهم. كان جميع المرضى مصابين بخمج (انتان) موثق أو متوقع بشدة، وانخفاض ضغط شرياني، كما احتاجوا إلى تهوية آلية، ولديهم عدة مؤشرات أخرى على قصور أعضاء وظيفي.

خضع جميع المرضى لاختبارات قصيرة لتحريض الموجهة القشرية ACTH قبل بدء المعالجة بالستيروئيد.



طريقة الدراسة: في دراسة عشوائية ثنائية التعمية أجريت في ألمانيا، قام 527 مريضاً في وحدة العناية المركزة، معظمهم مرضى جراحة أو رضوض ولديهم قصور عضوي وظيفي، بتناول معالجة وقائية بالصادات الحيوية أو الدواء الموهم. شملت الوقاية تناول سيبروفلوكساسين وريدي (لمدة 4 أيام كحد أقصى) ومزيجاً من الجنتاميسين والبوليميكسين الموضعي المطبق في فتحة الأنف وفي الفم والمعدة (خلال فترة الإقامة في الوحدة).

النتائج:

- مقارنة بمجموعة الدواء الموهم، انخفضت لدى المرضى الذين تناولوا الصادات الحيوية نسبة حدوث التهاب رئوي (11% مقابل 2%)، وأخماج دموية (14% مقابل 5%)، وقصور الأعضاء الوظيفي الشديد الحديث (37% مقابل 24%).

- شوه انخفاض هام في نسبة الوفيات في وحدة العناية المركزة لدى متناولي الصادات الحيوية.

- في مجموعة فرعية من المرضى الذين تراوحت لديهم نتائج مقياس APACHE بين 20 و 29 كان انخفاض انخفاض نسبة الوفيات ملحوظاً (33% لدى متناولي الدواء الموهم، مقابل 16% لدى متناولي المعالجة الوقائية).

- لم تظهر المراقبة باستخدام الزرعة الجرثومية دليلاً على وجود متعضيات مقاومة.

الخلاصة والتعليق: تعتبر هذه الدراسة من أكبر الدراسات التي أجريت حول استخدام الصادات الحيوية في الوقاية لدى مرضى وحدة العناية المركزة. وفي دراسة كندية وجدت هذه النتائج معقولة لدى مرضى جراحيين منتخبين مصابين بأمراض شديدة قابلة للشفاء. ولكن لا تزال في أمريكا الشمالية مقاومة لفكرة استخدام الصادات الحيوية في الوقاية والتطهير المعوي الاختياري لمرضى وحدة العناية المركزة. وهناك إشارة إلى ضرورة إجراء دراسة واسعة في أمريكا الشمالية لحسم الخلاف إزاء هذه المسألة، ويجب أن تشمل هذه الدراسة مراقبة طويلة الأمد لتطور المقاومة تجاه الصادات.

COMMENT: This is one of the largest trials of antibiotic prophylaxis for ICU patients. Canadian editorialists find the results convincing for selected surgical patients with "sever but salvageable disease." In an interesting commentary, they remark that there is resistance in North America to the idea of antibiotic prophylaxis and selective digestive-tract

كان مستوى الخضاب الوسطي 11.3 غ/دل عند القبول، وخلال الاستشفاء (أثناء ICU وبعدها) تلقى 42% من المرضى نقل دم واحد على الأقل. كان مستوى الخضاب الوسطي قبل نقل الدم 8.4 غ/دل. وبشكل عام، كان معدل الوفيات 20% خلال 28 يوماً.

في التحليل المتعدد المتغيرات الذي ضبط شدة الداء، كان معدل الوفيات في العناية المركزة أعلى وبشكل واضح بين مرضى نقل لهم دم بالمقارنة مع الذين لم ينقل لهم (معدل الفرق 1.37).

أجرى الباحثون أيضاً تحليلاً مقارناً بين مجموعتين فرعيتين من المرضى المتشابهتين سريرياً فيما عدا أن المجموعة الأولى نقل لها الدم أما الثانية فلا. في هذا التحليل، كان معدل الوفيات 23% و 17% في المجموعة الأولى والثانية على الترتيب.

الخلاصة: رغم أن هذه الدراسة لم تكن عشوائية مثل الدراسة السابقة، لكن نتائجها تبين أن نقل الدم يسبب ضرراً أكثر من الفائدة في بعض المرضى ذوي الحالة الحرجة. ويشير الباحثون إلى أن التأثيرات المثبطة للمناعة بسبب نقل الدم قد تكون عامل ضرر. وهناك حاجة لبحوث إضافية من أجل وضع تعريف دقيق للمجموعات التي لا يمنحها نقل الدم أي فائدة.

COMMENT: Although this study was not a randomized trial like the landmark study cited above, its results also suggest that transfusions cause more harm than good in some critically ill patients. The authors speculate that immunosuppressive effects of transfusions might be the deleterious factor. However, additional research is needed to delineate precisely those subgroups for which transfusions confer no benefit.

استخدام الصادات الحيوية الوقائي يبدو مفيداً

في وحدة العناية المركزة الجراحية

Antibiotic Prophylaxis Appears to Be Beneficial in the Surgical ICU

Am J Respir Crit Care Med 2002 Oct 15;166:1029-37, 1014-5
Journal Watch 2002 Dec 1;22(23):174

خلفية الدراسة: اختبرت العديد من الدراسات فائدة الاستخدام الوقائي لصادات الحيوية لدى مرضى وحدة العناية المركزة في التقليل من المراضة والوفيات. وعلى الرغم من أن نتائج الدراسات القائمة على التحليل الوسطي أشارت إلى وجود بعض الفائدة، إلا أن التطبيق يبقى موضعاً للجدل خشية تطور المقاومة تجاه هذه الصادات.



تعرف البدانة الآن بأنها عامل خطورة مستقل للقصور القلبي لدى البالغين، وفي دراسة فرامينغهام لأمراض القلب تمت متابعة 5881 بالغاً غير مصابين بقصور قلب عند بدء الدراسة. وبعد ضبط عوامل الخطورة القلبية الأخرى، كانت خطورة الإصابة بقصور قلبي لدى البالغين البدينين أكبر بمقدار الضعف خلال 14 عاماً مقارنة بالبالغين ذوي قيم BMI الطبيعية. وقد اعتبرت البدانة مسؤول بشكل مستقل عن 14% من حالات قصور القلب لدى الإناث وعن 11% من هذه الحالات لدى الذكور.

وتعتبر البدانة إحدى أهم الأمراض الحديثة الجديرة بالاهتمام لدى الأطفال. ولسوء الحظ، فإنه لم يتم التعرف سوى على القليل من المداخلات الناجحة، فخفض مدخول السرعات الحرارية وزيادة النشاط الفيزيائي أسهل على القول منه على التنفيذ. وتتوفر بعض البيانات حول استخدام الأدوية والجراحة لعلاج البدانة لدى الأطفال، أما لدى البالغين فهناك خيارات أوسع، فخلال السنوات القليلة المقبلة سيتوجه العديد من البالغين لإجراء جراحة مجازة معدية لعلاج البدانة المرضية وخاصة بعد نجاح إجراء المجازة المعدية عن طريق تنظير البطن.

CONCLUSION: Few data are available on the use of drugs or surgery to treat obesity in children. For adults, there are more options. During the next few years, many adults likely will undergo gastric bypass surgery to treat morbid obesity, particularly given the success of laparoscopic gastric bypass.

المعالجة باستخدام مضخة الأنسولين

لدى الأطفال في سن بدء المشي وما قبل المدرسة

المصابين بالداء السكري من النمط الأول

Insulin Pump Therapy in Toddlers and Preschool Children With Type 1 Diabetes Mellitus

Litton J, et al.
J Pediatr 2002 Oct;141(4):490-5

هدف الدراسة: اختبار إمكانية التحكم بمستوى السكر لدى الأطفال الصغار بشكل أكثر فعالية وأمان عن طريق التسريب المستمر للأنسولين باستخدام مضخة الأنسولين.

طريقة الدراسة: تم اختبار فعالية المعالجة باستخدام مضخة الأنسولين لدى 9 أطفال في سن بداية المشي حدث لديهم داء سكري من النمط الأول في عمر يتراوح بين 10 أشهر و 40 شهراً. بعد 13.7 شهراً وسطياً من المعالجة باستخدام حقن عديدة

decontamination in ICU patients. They suggest that a large North American trial is necessary to settle the controversy on this continent and that such a trial should include long-term surveillance for antibiotic resistance.

■ البدانة والداء السكري

Obesity & Diabetes Mellitus

البداية: القصة والقضية المستمرة

Obesity: The Continuing Saga

Journal Watch 2003 Jan 1;23(1):7-8

في العام 2002 أُلقت العديد من التقارير الضوء على الانتشار المتزايد للبدانة بين الأطفال والبالغين، وقد أظهرت بيانات دراسة أجريت في الفترة الواقعة بين عامي 1986 و 1998 تزايد انتشار زيادة الوزن لدى الأطفال (معامل كتلة الجسم BMI < 95% لكل من العمر والجنس) وبشكل هام بين السود وذوي الأصل اللاتيني والأطفال البيض غير ذوي الأصل اللاتيني (من > 10% إلى 21%، و 22%، و 12%، على التوالي).

كما تظهر بيانات تقرير اختبار التغذية والصحة الوطنية أن انتشار البدانة لدى البالغين (معامل كتلة الجسم BMI < 30) قد ازداد من 23% في الفترة الواقعة بين عامي 1988 و 1994 إلى 30% في الفترة ما بين عامي 1999 و 2000. وقد تزايد انتشار زيادة الوزن (BMI < 25) من 56% إلى 64%، وازداد انتشار فرط البدانة (BMI < 40) من 3% إلى 5%.

شملت عواقب البدانة عدم تحمل الغلوكوز والإصابة بداء سكري من النمط الثاني لدى الأطفال، والتصلب العصيدي لدى الذكور الشباب.

في إحدى الدراسات تم كشف نقص تحمل الغلوكوز لدى 25% من 55 طفلاً بديناً، ولدى 21% من 112 يافعاً بديناً، كما تم كشف الإصابة بداء سكري من النمط 2 غير مترافق بأعراض لدى 4% من هؤلاء اليافعين.

تم تقييم عوامل خطورة الإصابة بتصلب عصيدي بين 2821 شاباً (تراوحت أعمارهم بين 15 و 34 عاماً) توفوا لأسباب غير مفسرة. وقد شوهد ارتباط هام بين BMI لدى الذكور ونسبة الخطوط والآفات الشحمية في الشرايين الإكليلية. ولم يكن BMI منبئاً بالتصلب العصيدي لدى الإناث.



الوسائط لعلاج الإصابة بالزكام التجريبي الناجم عن الحمة الأنفية.

المجموعة المدروسة: أجري توزيع عشوائي لـ 150 ذكراً وأنثى أصحاء، تراوحت أعمارهم بين 18 و 51 عاماً، إلى 3 مجموعات:

تناولت المجموعة الأولى (59 مريضاً) الأنتيفيرون (IFN)-alpha2b بطريق داخل الأنف ($10^6 \times 6$ وحدة كل 12 ساعة $\times 3$) بالإضافة إلى الكلورفينيرامين الفموي (12 ملغ، تحرير مديد) والإيبوبروفن (400 ملغ) كل 12 ساعة لمدة 4.5 أيام. وتناولت المجموعة الثانية (61 مريضاً) الدواء الموهوم داخل الأنف بالإضافة إلى الكلورفينيرامين والإيبوبروفن. أما المجموعة الثالثة (30 مريضاً) فتناولت الدواء الموهوم داخل الأنف وبطريق الفم. بدأت المعالجة بعد 24 ساعة من الاختبار الفيروسي عن طريق الأنف.

النتائج:

- خلال 4.5 أيام من المعالجة بـ IFN-alpha2b والإيبوبروفن والكلورفينيرامين، انخفض وسيط الأعراض الكلية اليومية بين 33% و 73%، مقارنة بالدواء الموهوم.

- أدت المعالجة إلى خفض شدة سيلان الأنف والعطاس، وانسداد الأنف، وتقرح الحلق، والسعال، والصداع، وتقليل إفراز المخاط من الأنف، واستخدام الفوط الأنفية، والتراكيز الفيروسية في المفرزات الأنفية.

الخلاصة: إن IFN-alpha2b يزيد فعالية الكلورفينيرامين والإيبوبروفن ويتم تحمله بشكل جيد.

CONCLUSION: IFN-alpha2b added to the effectiveness of chlorpheniramine and ibuprofen and was well tolerated.

تأثير تناول فيتامين E

والمعالجة الإضافية عديدة الفيتامينات والمعادن يومياً

على أخماج الطرق التنفسية الحادة لدى المسنين:

دراسة عشوائية موجهة

Effect of Daily Vitamin E and Multivitamin-Mineral Supplementation on Acute Respiratory Tract Infections in Elderly Persons: A Randomized Controlled Trial

Graat JM, et al.
JAMA 2002 Aug 14;288(6):715-21

خلفية الدراسة: لوحظ أن الاستجابة المناعية تتحسن لدى المسنين بعد تناولهم معالجة تكميلية بالمواد الغذائية الدقيقة. ومع ذلك، فإن

يوميًا، تمت معالجة المرضى باستخدام مضخة الأنسولين لمدة تراوحت بين 7 أشهر و 19 شهراً (12.7 شهراً وسطياً).
النتائج:

- قبل بدء المعالجة باستخدام المضخة، كان وسيط مستويات $HbA1c$ $9.5\% \pm 0.4\%$ ، وبلغ وسيط عدد عوارض انخفاض سكر الدم الشديد لدى المرضى 0.52 عارضاً شهرياً (ارتجاف لا يمكن إيقافه، أو بكاء لا يتوقف، أو خلل في التوجه، أو نوب صرعية).

- بعد البدء في المعالجة باستخدام المضخة، انخفضت مستويات $HbA1c$ إلى $7.9\% \pm 0.3\%$ ، وانخفضت نسبة الإصابة بانخفاض شديد في سكر الدم إلى 0.09 عوارض شهرياً.

- انتظم النمو الخطي الطبيعي واكتساب الوزن خلال المعالجة باستخدام المضخة.

- لم يشاهد تغير في عدد مرات مراجعة الطبيب أو قسم الإسعاف بسبب الإصابة بارتفاع حاد في سكر الدم أو حمض كيتوني. ومع ذلك فقد انخفض عدد مرات اتصال الأهل بموظفي الصحة بنسبة تفوق 80%، مما يشير إلى زيادة ثقة الأهل وتحررهم من الاعتماد على جهات رعاية مرضى السكر.

- أظهر التقييم الشخصي تحسناً هاماً في نوعية الحياة وارتفاع مستوى الرضا مع المعالجة باستخدام المضخة.

الخلاصة: يمكن أن تقدم المعالجة باستخدام مضخة الأنسولين بديلاً فعالاً لدى أطفال منتخبين دون سن المدرسة مصابين بداء سكري من النمط 1.

CONCLUSION: Insulin pump therapy may provide an effective alternative for selected preschool children with type 1 diabetes.

■ (أمراض خمجية)

Infectious Diseases

معالجة الزكام

بالمضادات الفيروسية بمشاركة مضادات الوسائط

Combined Antiviral-Antimediator Treatment for the Common Cold

Gwaltney JM Jr, et al.
J Infect Dis 2002 Jul 15;186(2):147-54

طريقة الدراسة: أجريت دراسة عشوائية موجهة ثنائية الحجب على استخدام معالجة بالمضادات الفيروسية بمشاركة مضادات



الخلاصة: لم تظهر أي من المعالجة التكميلية متعددة الفيتامينات والمعادن بجرعات فيزيولوجية، أو المعالجة التكميلية بفيتامين E بجرعة 200 ملغ، تأثيرات مفيدة على نسبة حدوث أو شدة الأخماج التنفسية الحادة لدى المسنين الذين يتناولون تغذية جيدة وغير المنتمين لمؤسسة معينة. وعلى العكس فقد شوهدت تأثيرات سلبية لفيتامين E على شدة المرض.

CONCLUSION: Neither daily multivitamin-mineral supplementation at physiological dose nor 200 mg of vitamin E showed a favorable effect on incidence and severity of acute respiratory tract infections in well-nourished noninstitutionalized elderly individuals. Instead we observed adverse effects of vitamin E on illness severity.

استخدام الديكساميثازون لدى البالغين المصابين بالتهاب سحايا جرثومي Dexamethasone in Adults With Bacterial Meningitis

De Gans J, et al.
N Engl J Med 2002;347:1549-56

خلفية الدراسة: ترتفع نسبة المراضة والوفيات لدى البالغين المصابين بالتهاب سحايا جرثومي حاد، خاصة في حال التهاب السحايا بالمكورات الرئوية، وقد شوهدت تأثيرات مفيدة لاستخدام الكورتيكوستيروئيدات كمعالجة مساعدة في دراسات التهاب السحايا الجرثومي المطبقة على الحيوان.

طريقة الدراسة: أجريت دراسة مستقبلية عشوائية ثنائية التعمية، عديدة المراكز، على استخدام معالجة مساعدة بالديكساميثازون، مقارنة بالدواء الموهوم، لدى البالغين المصابين بالتهاب سحايا.

أعطى الديكساميثازون (10 ملغ) أو الدواء الموهوم قبل 15 إلى 20 د من الجرعة الأولى للصاد الحيوي أو معها، وقد أعطى بفواصل 6 ساعات لمدة 4 أيام.

كان معيار النتيجة الأولية هو القيمة المحققة بمقياس غلاسغو Glasgow للموجودات خلال 8 أسابيع (حيث تشير القيمة 5 إلى موجودات إيجابية، مقابل القيمة التي تتراوح بين 1 و4 والتي تشير إلى موجودات سلبية).

أجري تحليل للمجموعات الفرعية وفقاً للمتعضي المسبب. وقد أجري هذا التحليل بهدف المعالجة.

النتائج:

الدراسات الفعالة التي تقيم الأخماج التنفسية من ناحية النتائج لا تزال قليلة وغير حاسمة.

هدف الدراسة: دراسة تأثير المعالجة التكميلية اليومية بالفيتامينات والمعادن العديدة وفيتامين E على حدوث وشدة أخماج الطرق التنفسية الحادة لدى المسنين.

طريقة الدراسة: أجريت دراسة عشوائية، ثنائية التعمية، مقارنة بالدواء الموهوم، من نموذج 2x2.

المجموعة المدروسة: 652 شخصاً غير منتمين لأية مؤسسة، أعمارهم تتجاوز 60 عاماً، أدرجوا من ضمن اثنتين من استراتيجيات أخذ العينة المطبقة على المجتمع في منطقة Wageningen في هولندا، أجريت من عام 1998 إلى عام 2000.

في بداية الدراسة، وجد لدى 6% من المشاركين تراكيز منخفضة من حمض الأسكوربيك في البلازما، ولدى 1.3% تراكيز منخفضة من ألفا توكوفيرول.

المدخلة: أعطيت جرعات فيزيولوجية من الفيتامينات والمعادن العديدة، أو 200 ملغ من فيتامين E، أو كلاهما، أو الدواء الموهوم. معايير الموجودات الرئيسية: حدوث وشدة أخماج تنفسية حادة مسجلة بواسطة المريض خلال 15 شهراً، ومقيمة من قبل ممرضة عن طريق الاتصال الهاتفي، أو بالزيارات المنزلية، أو بالفحوص الحيوية الدقيقة والمصلية المطبقة على مجموعات فرعية من المرضى.

النتائج:

- خلال فترة مشاهدة بلغت 441 يوماً وسطيّاً، قام 443 من 652 مشاركاً (68%) بتسجيل 1024 عارض خمج تنفسي.

- كانت نسبة الإصابة بخرمج تنفسي حاد في مجموعة المعالجة التكميلية بالفيتامينات والمعادن العديدة 0.95، وفي مجموعة فيتامين E 1.12.

- لم تتأثر شدة الخمج بتناول معالجة تكميلية بالفيتامينات والمعادن العديدة.

- أما بالنسبة لتناول فيتامين E مقارنة بعدم تناوله: كانت الشدة أسوأ، فقد كان وسطي مدة المرض 19 يوماً (9-37) مقابل 14 يوماً (6-29)، وعدد الأعراض: 6 أعراض (3-8) مقابل 4 أعراض (3-8)، ونسبة الإصابة بخرمج 36.7% مقابل 25.2%، وقصور الفعالية 52.3% مقابل 41.1%.



الدم أو الأنسجة. وقد حدث خمج بهذا الفيروس لدى أنثى من ميتشيغان بعد 12 يوماً من إجراء نقل دم لعلاج نزف تال للولادة، فكانت نتيجة تحري فيروس غرب النيل في الحليب الطبيعي باستخدام PCR إيجابية، وبالتالي فقد تطورت أصداد الـ IgM تجاه الفيروس لدى الوليد دون علامات إصابة سريرية أو تعرض للدغ البعوض. وقد قامت الأبحاث الجارية بتحديد 6 حالات أخرى على الأقل حتى الآن، مما يقدم دليلاً مقنعاً على انتقال الفيروس بواسطة نقل الدم.

لقد توسعت المعرفة السريرية لفيروس غرب النيل بشكل جيد، حيث يسبب هذا الفيروس ضعفاً عضلياً شديداً يعزى عموماً إلى زوال نخاعين الأعصاب المحيطية. ومع ذلك، فقد سجلت حالات لتلف خلايا القرن الأمامي كذلك المشاهدة في التهاب النخاع السنجابي والتي يمكن أن تسبب ضعفاً عضلياً حاداً، وفي هذه الحالات تكون الأطراف المصابة رخوة وتغيب فيها المنعكسات، مع وجود استجابة حسية طبيعية.

وقد أثبتت الفحوص باستخدام التخطيط العضلي الكهربائي وفحص الناقلية العصبية إصابة الحبل الشوكي. ويبقى إنذار الشفاء على المدى البعيد مبهم لدى هؤلاء المرضى. أدى انتشار الفيروس إلى تجديد الاهتمام بالوقاية من لدغ البعوض. وفي دراسة طبقت على 16 منتجاً لطرد البعوض، كانت المنتجات الحاوية على N,N-diethyl-3-methylbenzamide (DEET) هي الأفضل أداءً، وتتناسب فيها مدة الفعالية الوقائية مع تركيز الـ DEET، بينما تقدم بعض الزيوت العطرية ذات الأساس النباتي وقاية محدودة.

يدخل فيروس النيل الغربي عبر الدم

West Nile Virus Enters the Blood Supply

MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2002 Sep 20; 51:833-6, Oct 4; 51:879, 877-8
Journal Watch 2002 Nov 1; 22 (21)

في هذا الصيف ظهر لدى 4 مرضى خمج WNV (فيروس النيل الغربي) وذلك بعد فترة قصيرة من اغتراس أعضاء من معطٍ يحمل الفيروس في دمه.

حثت هذه التقارير مركز الأمراض CDC على البدء ببحث كبير المعايير لحالات أخرى من احتمال نقل WNV عبر زرع الأعضاء أو نقل الدم. وتشير النتائج الأولية إلى صعوبة إثبات الطريق الحقيقي للخمج في مثل هذه الحالات.

وجد أن الأعضاء المزروعة أو منتجات الدم المنقولة تحوي على

- تم توزيع 301 مريض عشوائياً إلى مجموعة معالجة شملت 157 مريضاً أعطوا الديكساميثازون، ومجموعة دواء موهم شملت 144 مريضاً.

- تماثلت الصفات عند البدء في كلتا المجموعتين.

- ارتبطت المعالجة بالديكساميثازون بانخفاض خطورة الموجودات السلبية (الخطورة النسبية = 0.59).

- كما ارتبطت المعالجة بالديكساميثازون أيضاً بانخفاض نسبة الوفيات (الخطورة النسبية للوفاة = 0.48).

- شوهدت موجودات سلبية لدى 26% من مرضى التهاب السحايا بالمكورات الرئوية في مجموعة الديكساميثازون، مقارنة بـ 52% في مجموعة الدواء الموهم (الخطورة النسبية = 0.50).

- حدث نزف هضمي لدى مريضين في مجموعة الديكساميثازون، و5 مرضى في مجموعة الدواء الموهم.

الخلاصة: تحسن المعالجة المبكرة بالديكساميثازون من الموجودات لدى البالغين المصابين بالتهاب سحايا جرثومي حاد، دون زيادة خطورة النزف الهضمي.

CONCLUSION: Early treatment with dexamethasone improves the outcome in adults with acute bacterial meningitis and does not increase the risk of gastrointestinal bleeding.

فيروس غرب النيل:

طرق الانتقال والمتلازمات السريرية

West Nile Virus: Modes of Transmission and Clinical Syndromes

Journal Watch 2003 Jan 1;23(1):4

انتشر فيروس غرب النيل في الولايات المتحدة عام 2002، وقد تم تسجيل إصابات بشرية فيها للمرة الأولى غرب نهر المسيسيبي، حيث شوهدت حوالي 4000 حالة مثبتة مخبرياً، مع حوالي 200 حالة وفاة. خلال العام الفائت، توضحت العديد من التفاصيل الحديثة حول الأمراض الفيروسية والمعطيات السريرية. وقد أظهرت الأدلة أن هذا الفيروس يمكن أن ينتقل عن طريق نقل الدم، واغتراس الأعضاء، والرضاعة الطبيعية. وقد تنبه المسؤولون إلى إمكانية حدوث هذا الانتقال حين تطور خمج فيروس غرب النيل مباشرة لدى 4 مرضى تلقوا جميعهم أعضاء من مانح واحد، وقد وجد أن هذا المانح كان مصاباً بالفيروس عند أخذ الأعضاء. وبسبب هذه الواقعة، أجري بحث واسع شمل حالات أخرى محتملة لانتقال الفيروس بواسطة نقل



الولايات الجنوبية حضروا في الصيف الماضي ولديهم حرارة مع ضعف حاد غير مؤلم في طرف واحد أو أكثر. بالفحص كانت الأطراف المصابة رخوة وبشكل عام دون منعكسات، وكانت الفحوص الحسية طبيعية. أظهر فحص السائل الدماغي الشوكي ارتفاعاً بمستويات البروتين وتعداد الكريات البيض وهذا ما يميز التهاب الدماغ بفيروس WNV، والذي شُخص فيما بعد اعتماداً على عيار أضعاف المعتدلات و IgM في المصل.

أظهرت دراسة تخطيط العضل الكهربائي والنقل العصبي على الأطراف الضعيفة حديثة غير متناظرة شديدة تؤثر على خلايا القرن الأمامي ومحاورها، أو الإثنان معاً.

تمت المتابعة الطويلة الأمد لمریضة واحدة فقط عمرها 50 سنة لديها خزل رباعي مع ضعف في الرقبة والعضلات التنفسية، واستمرت بحاجة لدعم تنفسي لمدة شهرين بعد بدء المرض.

الخلاصة: لم يتوضح بعد الطيف الكامل للعجز العصبي المنشأ المرافق لخمج WNV. ويجب أن يتنبه السريريون لكل من متلازمة غيلان باريه والتهاب النخاع الأمامي في مرضى مصابين بخمج WNV ويجب أن يأخذوا بعين الاعتبار هذا الخمج لدى مرضى مصابين بمتلازمات سكتة دماغية لانموذجية، وذلك لعدم جدوى عدة علاجات قياسية لمتلازمة غيلان باريه (مثل فصد البلازما وإعطاء الغلوبولينات المناعية في الوريد) لدى مرضى التهاب سنجابية النخاع، وأحياناً تكون ذات خطورة كبيرة، لذا يجب أن يكون التشخيص نوعياً قدر الإمكان.

COMMENT: The full spectrum of neurologic impairment that is associated with WNV infection has yet to be clarified. However, clinicians should be alert for both GBS and anterior myelitis in patients with WNV infections and should consider WNV infection in patients with atypical stroke syndromes. Because many standard treatments for GBS (such as plasmapheresis and intravenous immunoglobulins) have no benefits in patients with polio and, some times, confer significant risk, diagnosis should be as specific as possible.

مقارنة بين استخدام شوط قصير من الريفامبين والبيرازيناميد واستخدام الأيزونيايد لعلاج الخمج السلي الكامن:

دراسة سريرية عديدة المراكز

Short-Course Rifampin and Pyrazinamide Compared With Isoniazid for Latent Tuberculosis Infection: A Multicenter Clinical Trial

فيروس حي في واحد فقط من الاستقصاءات الأولية وهي حالة امرأة عمرها 24 سنة، أجري لها نقل دم بعد نزف إثر الولادة وظهر لديها WNV مترافق مع التهاب سحايا في الأسابيع الثلاثة التالية.

بلغ عدد العينات التي في متناول اليد 15 من أصل 18 وحدة من منتجات الدم التي تم نقلها للمريضة.

كان تحري الفيروس بواسطة PCR إيجابياً وحوى وحدات فيروسية حية في وحدة واحدة من مصورة طازجة مجمدة وذلك من متبرع حدث لديه حمى وصداع بعد 4 أيام من التبرع.

استمر استقصاء الحالات الأخرى من خمج WNV والتي ربما تتسبب إلى نقل الدم، وتشمل إحداها حالة أم مرضعة نقلت الفيروس إلى رضيعها عبر حليب الثدي. على كل لم تكن معدلات خمج WNV المتعلق بالخلفية الوبائية للمرضى من استبعاد انتقال المرض عبر البعوض.

الخلاصة والتعليق: إن نتائج تنميط الدنا DNA فقط تعطي الإثبات القاطع لطرق انتقال الخمج بفيروس WNV. والمطلوب من الأطباء السريريين مساعدة مشروع مركز الأمراض عن طريق رفع تقرير حول كل أخماج WNV التي تحدث خلال 4 أسابيع من نقل الدم أو اغتراس الأعضاء.

COMMENT: Only data from DNA typing will allow investigators to establish without doubt the true source of possible transfusion-associated WNV infections. Meanwhile, clinicians are asked to aid this ongoing CDC project by reporting to public health authorities all WNV infections that occur within 4 weeks after blood transfusion or organ transplant.

يسبب فيروس النيل الغربي التهاب سنجابية النخاع (شلل الأطفال) Poliomyelitis Caused by West Nile Virus

Journal Watch 2002 Nov 1; 22 (21)
MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2002 Sep 20; 51:825-8
N Engl J Med 2002 Oct 17;347: 1280-1

غالباً ما يعاني المرضى المصابون بالتهاب الدماغ بفيروس النيل الغربي WNV من ضعف عضلي شديد بسبب زوال نخاعين الأعصاب المحيطية، والذي يعرف بمتلازمة غيلان باريه. ويبدو الآن أن عدداً من هذه الحالات (مثل التي وصفت في المقالة التالية) سببها عملياً متلازمة تشبه التهاب سنجابية النخاع. في تقريرين وصف البحاثة 7 مرضى بالغين (46 - 69 سنة) من



CONCLUSION: A 2-month regimen of rifampin and pyrazinamide was associated with an increased risk for grade 3 or 4 hepatotoxicity compared with a 6-month regimen of isoniazid. Liver enzymes should be measured routinely during treatment to screen for liver injury and prevent progression to severe toxicity.

**المعالجة التجريبية لذات الرئة المكتسبة من المجتمع
باستخدام الفلوروكينولونات
وعلاقتها بتأخير معالجة الدرن
Empiric Treatment of
Community-Acquired Pneumonia
With Fluoroquinolones,
and Delays in the Treatment of Tuberculosis**

Dooley KE, et al.
Clin Infect Dis 2002 Jun 15;34(12):1607-12

خلفية وهدف الدراسة: للفلوروكينولونات التي تستخدم بشكل واسع في معالجة ذات الرئة المكتسبة من المجتمع فعالية ممتازة أيضاً تجاه المتفطرة السلية خارج العضوية الحية. أجريت دراسة جماعية راجعة في الولايات المتحدة على بالغين مصابين بدرن مثبت بالزرع لتحديد تأثير المعالجة التجريبية باستخدام الفلوروكينولون على التأخير في معالجة الدرن. طريقة الدراسة: طبقت الدراسة على 16 مريضاً من بين 33 مريضاً (48%) تناولوا الفلوروكينولونات لعلاج ذات رئة جرثومية مفترضة قبل تشخيص الدرن ومعالجته. النتائج:

- لم يشاهد فرق بين المجموعة التي تناولت الفلوروكينولونات والمجموعة التي لم تتناولها، عدا أن قصر النفس كان أكثر مشاهدة لدى المرضى الذين تناولوا الفلوروكينولونات.
- كان وسطي الزمن بين الحضور إلى المشفى وبدء معالجة الدرن 21 يوماً لدى المرضى الذين عولجوا تجريبياً بالفلوروكينولونات (تراوحت هذه الفترة بين 5 و32 يوماً)، بينما بلغت 5 أيام وسطياً لدى المرضى الذين لم يتناولوا المعالجة التجريبية (تراوحت بين 1 و16 يوماً).
الخلاصة: ارتبطت المعالجة التجريبية الأولية بواسطة الفلوروكينولون بتأخر بدء المعالجة الملائمة للدرن.

CONCLUSION: Initial empiric therapy with a fluoroquinolone was associated with a delay in the initiation of appropriate antituberculosis treatment.

Jasmer RM, et al.
Ann Intern Med 2002;137:640-647

خلفية الدراسة: يوصى باستخدام الريفامبين والبيرازيناميد لعلاج الخمج السلي الكامن لدى البالغين غير المصابين بـ HIV، إلا أن التقارير حول سميتهما الكبدية الشديدة أدت إلى زيادة الاهتمام بدراسة درجة أمانهما. ولم تقم أي من الدراسات السريرية بمقارنة هذه المعالجة بالأيزونيازيد لدى البالغين غير المصابين بـ HIV.

هدف الدراسة: مقارنة أمان وتحمل نظام معالجة مدته شهران باستخدام الريفامبين والبيرازيناميد بنظام معالجة مدته 6 أشهر باستخدام الأيزونيازيد لعلاج الخمج السلي الكامن.

طريقة الدراسة: دراسة مستقبلية مفتوحة عديدة المراكز في 3 عيادات مدنية لمعالجة السل في الولايات المتحدة.

المجموعة المدروسة: 589 بالغاً مصابون بـ خمج سلي كامن، مطابقون لمعايير الولايات المتحدة للمعالجة.

المداخلة: تم توزيع المرضى في أسابيع متناوبة لتناول الريفامبين والبيرازيناميد يومياً لمدة شهرين (307 مريض)، أو الأيزونيازيد يومياً لمدة 6 أشهر (282 مريضاً).

المعايير: كانت نقاط النهاية الأولية هي حدوث سمية كبدية، أو تأثيرات جانبية أخرى، ونسبة المرضى الذين أتموا الدراسة. النتائج:

- حدثت سمية كبدية من الدرجة الثالثة أو الرابعة لدى 16 مريضاً من 207 مريض (7.7%) في مجموعة الريفامبين والبيرازيناميد، مقارنة بمريضين من 204 مريض (1%) في مجموعة الأيزونيازيد (معدل الفرق 8.46).

- كانت نسبة التوقف عن تناول المعالجة بالريفامبين والبيرازيناميد أعلى بسبب السمية الكبدية (معدل الفرق 5.19).

- كانت النسبة الكلية للتأثيرات الجانبية عدا السمية الكبدية 20% في مجموعة الريفامبين - البيرازيناميد، و16% في مجموعة الأيزونيازيد.

- أتم الدراسة 61% و57% من المرضى، على التوالي. الخلاصة: توافقت المعالجة بالريفامبين والبيرازيناميد لمدة شهرين بارتفاع خطورة السمية الكبدية من الدرجة الثالثة أو الرابعة مقارنة بالمعالجة بالأيزونيازيد لمدة 6 أشهر. ويجب معايرة خمائر الكبد بشكل روتيني أثناء المعالجة لتحري وجود أية أذية كبدية وتجنب الترقى إلى سمية شديدة.



استخدام المعالجة التي تشتمل على الريفامبين لدى المهاجرين القادمين من فيتنام وهايتي والفلبين.

CONCLUSION: For new immigrants to the United States from developing nations, a strategy of detecting and treating latent tuberculosis infection would lead to substantial health and economic benefits. Because of the high prevalence of resistance to isoniazid, treatment with a rifampin-containing regimen should be strongly considered for immigrants from Vietnam, Haiti, and the Philippines.

جائحة السالمونيلا Newport المقاومة للعديد من الأدوية في الولايات المتحدة، في الفترة بين 1-4/2002
Outbreak of Multidrug-Resistant Salmonella Newport--United States, January-April 2002

MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2002 Jun 28;51(25):545-8

خلفية الدراسة: خلال الفترة الواقعة بين شهري 1 و 4 من عام 2002 تم عزل سالمونيلا من النمط المصلي Newport لدى 47 شخصاً في 5 ولايات أمريكية: نيويورك (34 حالة)، ميتشيغان (5 حالات)، بنسلفانيا (4 حالات)، أوهايو (حالتان)، كونيتيكت (حالتان).

طريقة الدراسة: أجري في مركز مراقبة الأمراض CDC اختبار تحسس للمضادات الجرثومية طبق على ثلاث مستفردات، فأظهر مقاومتها للصادات التالية: أموكسيسيلين/كلافولانات، أمبيسيلين، يفوكزيتين، سيفيفور، سيفالوثين، كلورامفينيكول، ستربتومايسين، سلفاميثوكسازول، تتراسيكلين. إضافة إلى أن مستفردتين من المستفردات الثلاثة كانتا مقاومتين للكناميسين، وكانت مستفردتان منخفضتي الحساسية أو مقاومتين للسيفترياكسون.

ولتحديد سبب هذه الجائحة، قام قسم الصحة في ولاية نيويورك NYSDOH والـ CDC بإجراء دراسة موجهة. أظهرت الدراسة أن لحوم الأبقار المطحونة النيئة أو غير المطهورة جيداً كانت وسيلة لنقل الجرثوم.

الخلاصة: ألقت نتائج الدراسة الضوء على ظهور السالمونيلا المقاومة للعديد من الأدوية Newport في الولايات المتحدة، وقد كانت هذه السلالات منخفضة التحسس أو مقاومة للسيفترياكسون، وبذلك فهي تعقد المعالجة التجريبية لأخماج السالمونيلا الخطيرة. لذا يجب تنبيه الأطباء السريريين إلى ظهور سلالات السالمونيلا Newport هذه، وعلى الجميع الامتناع عن تناول لحوم الأبقار

نماذج مقاومة الدواء العالمية وتدبير الإصابة السلية الكامنة لدى المهاجرين إلى الولايات المتحدة
Global Drug-Resistance Patterns and the Management of Latent Tuberculosis Infection in Immigrants to the United States

Khan K, et al.
N Engl J Med 2002;347:1850-9

خلفية الدراسة: أدى تزايد عبء الإصابة السلية في الولايات المتحدة بين الأفراد المولودين خارجها إلى المناداة بتحسين طرق كشف ومعالجة الأخماج الكامنة لدى المهاجرين الجدد، وإرشادات المعالجة الراهنة لا تأخذ في الاعتبار الاختلافات العالمية في نماذج مقاومة الدواء أو تأثيرها في معالجة المهاجرين. وإن استخدام أنظمة الإشراف عديدة الجنسيات لتوجيه تدبير الأخماج الكامنة وفقاً لأنماط مقاومة الدواء الخاصة بكل منطقة يمكن أن يحسن من كفاءة الجهود المبذولة للتقليل من انتشار الإصابة السلية لدى المهاجرين إلى الولايات المتحدة.

طريقة الدراسة: أنشئ نموذج تحليلي استخدمت فيه مجموعة افتراضية مؤلفة من جميع المهاجرين المسجلين الذين دخلوا إلى الولايات المتحدة قادمين من الدول النامية. وقد اشتقت أنماط المقاومة الدوائية الخاصة بكل منطقة من بيانات 30388 حالة إصابة بالخمج. اختبر النموذج الفعالية والفعالية الاقتصادية لأربع استراتيجيات: عدم إجراء أية مداخلة، أو القيام باختبار السلين الجلدي يتبع بمعالجة بالأيزونيازيد، أو المعالجة بالريفامبين، أو المعالجة بالريفامبين بالإضافة إلى البيرازيناميد pyrazinamide لدى الأفراد ذوي النتائج الإيجابية بالاختبار الجلدي.

النتائج:

- كانت استراتيجية كشف ومعالجة الخمج السلي الكامن أقل كلفة لدى المهاجرين من المكسيك وهايتي ومناطق جنوب الصحراء الأفريقية، وجنوب آسيا، والمناطق النامية في شرق آسيا والمحيط الهادئ.

- كانت هذه الاستراتيجية أقل كلفة بشكل هام بالنسبة للمهاجرين من البلدان النامية الأخرى.

- كان الريفامبين مع البيرازيناميد الاستراتيجية المفضلة لمعالجة الخمج الكامن لدى المهاجرين من فيتنام، وهايتي، والفلبين.

الخلاصة: إن استراتيجية كشف ومعالجة الخمج السلي الكامن لدى المهاجرين الجدد إلى الولايات المتحدة من الدول النامية يمكن أن يقود إلى فوائد صحية واقتصادية هامة. وبسبب الانتشار الواسع لمقاومة الأيزونيازيد فإنه يجب الأخذ في الاعتبار بشدة



مجموعة الأمفوتريسين B، فلم يكشف أي طفيلي وكانت نسبة الشفاء الأولية 100%.

- بعد 6 أشهر من انتهاء المعالجة، لم يحدث نكس لدى 282 من 299 مريضاً في مجموعة الميلتيفوزين (94%) و 96 مريضاً من 99 مريضاً في مجموعة الأمفوتريسين B (97%)، وقد اعتبر هؤلاء المرضى شافين تماماً.

- شُهد إقياء وإسهال استمرراً غالباً لمدة يوم واحد لدى 38% أو يومين لدى 20% من مرضى مجموعة الميلتيفوزين.

الخلاصة: الميلتيفوزين الفموي دواء فعال وآمن في إصابات اللايشمانيا الحشوية الهندية. ويفضل الميلتيفوزين خاصة لإمكانية إعطائه عن طريق الفم، كما يمكن أن يفيد في المناطق التي تنتشر فيها مقاومة الطفيلي للأدوية المتوفرة.

CONCLUSION: Oral miltefosine is an effective and safe for Indian visceral leishmaniasis. Miltefosine may be particularly advantageous because it can be administered orally. It may also be helpful in regions where parasites are resistant to current agents.

■ طب أطفال Pediatrics

هل فحص CRP هو الأفضل لكشف الأخماج الجرثومية لدى الأطفال المحمومين؟

Is CRP Best for Detecting Bacterial Infections in Febrile Children?

Arch Pediatr Adolesc Med 2002 Sep; 156:855-7, 905-9
Journal Watch 2002 Nov 1; 22 (21)

خلفية وهدف الدراسة: قد يكون لدى الأطفال المحمومين أخماج جرثومية خافية تسبب تحديات تشخيصية، وقد حُدِدت الأخماج في هذه الدراسة بتجرثم دم غير مشتبّه، أو ذات رئة، أو أخماج السبيل البولي.

اعتبرت مستويات البروتين الارتكاسي C (CRP) نوعاً ما على أنها المنبئ الأفضل عن الأخماج الجرثومية الخفية، رغم أن الخطوط الموجهة تؤيد استخدام تعداد كريات الدم البيضاء WBCs أو تعداد العدلات الكامل ANCs.

طريقة الدراسة: قارن الباحثون في مشفى الأطفال بفرجينيا هذه الفحوص الثلاث:

النتائج:

المطحونة غير المطهونة جيداً، وغسل الأيدي بعد مس لحم البقر المطحون النيئ.

CONCLUSION: The findings also highlight the emergence of multidrug-resistant *S. Newport* in the United States. These strains exhibit decreased susceptibility or resistance to ceftriaxone, thereby complicating empiric therapy for serious Salmonella infections. Clinicians should be informed of the emergence of these *S. Newport* strains, and persons should refrain from eating undercooked ground beef and wash their hands after handling raw ground beef.

فعالية الميلتيفوزين الفموي في معالجة اللايشمانيا الحشوية الهندية Oral Miltefosine for Indian Visceral Leishmaniasis

Sundar S, et al.
N Engl J Med 2002;347:1739-46

خلفية الدراسة: هناك 500000 حالة إصابة سنوياً باللايشمانيا الحشوية، التي انتشرت أولاً في شبه القارة الهندية. وقد توفي حوالي جميع المرضى غير المعالجين، وكانت جميع الأدوية الفعالة تعطى وردياً.

الميلتيفوزين (hexadecylphosphocholine) دواء فموي أظهر فائدة علاجية لدى بعض المرضى المصابين باللايشمانيا الحشوية الهندية.

هدف الدراسة: أجريت دراسة سريرية في الهند لمقارنة الميلتيفوزين مع العلاجات الاعتيادية الأكثر فعالية، وهي الأمفوتريسين B.

طريقة الدراسة: دراسة عشوائية، مقارنة مفتوحة العنوان، تناول فيها 299 مريضاً أعمارهم 12 عاماً على الأقل الميلتيفوزين فموياً بجرعة 50 أو 100 ملغ (حوالي 2.5 ملغ/كغ من وزن الجسم، يومياً لمدة 28 يوماً)، وتناول 99 مريضاً أمفوتريسين B وردياً (بجرعة 1 ملغ/كغ كل يومين إلى حين إتمام 15 جرعة).

النتائج:

- تماثلت المجموعتان من حيث العمر والوزن، ونسبة فشل المعالجة السابقة للايشمانيا، ودرجة الإصابة بالطفيليات في رشفة الطحال، وتضخم الطحال.

- في نهاية فترة المعالجة، تم الحصول على رشفة طحال من 293 مريضاً في مجموعة الميلتيفوزين و 98 مريضاً في



النتائج: خلال 14 يوماً من بدء العلاج، كان فشل العلاج (تبدل المضاد الحيوي، ظهور ذات الرئة الشديدة، عدم التحسن أو الوفاة) متشابهاً في المجموعتين (21% و 20% على الترتيب). وكانت النتائج قابلة للمقارنة في مجموعتين فرعيتين ضمنا 259 طفلاً شخصت لديهم ذات رئة بالتصوير الشعاعي.

أتم 1953 طفلاً المتابعة وتفيدوا بخطة الدراسة. الخلاصة والتعليق: رغم أن وجود معدل مضاعفات 20% غير مقبول في الولايات المتحدة لكن قد تبدل نتائج هذه الدراسة الدقيقة من فترة علاج ذات الرئة غير الشديدة بين الأطفال في العالم النامي. كما استطاعت هذه الدراسة أن تؤدي إلى استقصاءات إضافية في الدول النامية حيث هناك حاجة لتحديد معين ملائم مفضل لمدة معالجة الأمراض التنفسية بالصادات.

COMMENT: Although a 20% complication rate would not be acceptable in the U.S., results from this carefully done trial might change treatment duration for non severe pneumonia among children in the developing world. They also could lead to additional investigations in developed countries, where we need to better define appropriate length of antimicrobial therapy for respiratory-related illnesses.

التهاب اللفافة النخري:

تقرير عن 39 حالة لدى الأطفال

Necrotizing Fasciitis: Report of 39 Pediatric Cases

Fustes-Morales A, et al.
Arch dermatol 2002 Jul; 138(7): 893-9

خلفية الدراسة: التهاب اللفافة النخري (NF) هو خمج نسج رخوة شديد مهدد للحياة. وإن المظاهر العامة وعوامل الخطورة لحدوث الوفاة لدى الأطفال غير معروفة جيداً.

هدف الدراسة: تمييز تظاهرات التهاب اللفافة النخري في الأطفال وعوامل الخطورة لحدوث الوفاة.

مكان الدراسة: قسم الأمراض الجلدية في مشفى أطفال من الدرجة الثالثة.

طريقة الدراسة: أجريت دراسة راجعة طولانية مراقبة ومقارنة. شوهد كل المرضى الذين لديهم تشخيص سريري و/أو تشريحي مرضي لالتهاب اللفافة النخري وذلك من أول كانون الثاني 1971 إلى آخر كانون الأول لعام 2000.

- من 256 طفلاً، أعمارهم بين 3 إلى 36 شهراً، شوهدوا في قسم الطوارئ مصابين بحمى (39-41,3 درجة مئوية)، شخصت أخماج جرثومية خفية لدى 29 منهم، بينها 17 حالة ذات رئة، و9 حالات خمج سبيل بولي، و3 حالات تجرثم دم.

- رغم أن الفحوص الثلاث قدمت نتائج متشابهة، أظهرت النماذج الإحصائية بأن قيمة $ANCs < 10 \times 10^9 / l$ هي المؤشر الوحيد الأفضل عن وجود الأخماج الجرثومية الخفية. لم يحسن ترافق نتائج $ANCs$ مع نتائج $WBCs$ أو مع CRP معدل كشف الأخماج.

الخلاصة والتعليق: انخفض حدوث تجرثم الدم الخفي بشكل جدي بفضل التلقيح الواسع ضد الانفلونزا المحبة للدم نمط b والمكورات الرئوية. ويؤكد المحرر بأن المناقشة الأطول حول الفحوص الماسحة الأفضل لكشف الأخماج الجرثومية الخفية من أجل الاهتمام إلى المعالجة الوقائية بالمضادات الحيوية لدى أطفال مصابين بحمى غير انسمامية هي موقع جدال الآن وبشكل كبير.

COMMENT: The incidence of occult bacteremia has been reduced dramatically by mass vaccination against *Haemophilus influenzae* type b and pneumococci. An editorialist argues that the long standing debate over the best screening tests to detect occult bacterial infections and to guide prophylactic antibiotic therapy in nontoxic febrile now is largely moot.

ذات الرئة في الطفولة:

من المرجح كون المعالجة القصيرة فعالة

Childhood Pneumonia: Short Therapy Likely Is Effective

Lancet 2002 Sep 14; 360:835-41
Journal Watch 2002 Nov 1; 22 (21)

خلفية الدراسة: إن فترة علاج عدة أمراض تنفسية بمضادات الجراثيم كيفية.

المرضى وطريقة الدراسة: في تجربة سريرية مزدوجة التعمية تم إجراؤها في الباكستان بين تشرين الأول 1999 ونيسان 2001، تلقى 2000 طفلاً تتراوح أعمارهم بين 2 و59 شهراً ولديهم ذات رئة غير شديدة، بشكل عشوائي الأموكسيسيللين (45 ملغ/كغ يومياً) لمدة ثلاثة أو خمسة أيام (مجموعتان).

تم تشخيص ذات رئة غير شديدة اعتماداً على لوغاريتم منظمة الصحة العالمية (معدل تنفس مرتفع مع سعال أو زلة تنفسية دون انسحاب بجدار الصدر أو تبدل بالحالة العقلية أو زرقة).



مقارنة بين استخدام التهوية المتقطعة عالية التواتر والتهوية الآلية التقليدية

لدى المواليد ذوي الأوزان شديدة الانخفاض

High-Frequency Oscillatory Ventilation Versus Conventional Mechanical Ventilation for Very-Low-Birth-Weight Infants

Courtney SE, et al.
N Engl J Med 2002;347:643-52

خلفية الدراسة: لم تحدد بعد فعالية وأمان استخدام تهوية متقطعة عالية التواتر مقارنة بالتهوية المتقطعة المتزامنة التقليدية القسرية لعلاج الرضع المولودين بأوزان شديدة الانخفاض. طريقة الدراسة: أجريت دراسة سريرية عشوائية عديدة المراكز لتحديد ما إذا كان الرضع المعالجين بالتهوية المتقطعة عالية التردد في وقت مبكر أكثر قابلية للبقاء أحياء دون الحاجة إلى التنوّد بالأوكسجين خلال 36 أسبوعاً من العمر التالي لآخر طمث قبل الحمل، مقارنة بالرضع المعالجين بالتهوية القسرية المتقطعة المتزامنة.

تلقى الرضع المنتخبون الذين تراوحت أوزانهم عند الولادة بين 601 غ و 1200 غ ولم يبلغوا 4 ساعات من العمر جرعة وحيدة من السورفاكتانت surfactant (العامل الخافض للتوتر السطحي)، كما احتاجوا إلى تهوية باستخدام الضغط داخل الطرق الهوائية بمقدار 6 سم ماء وسطياً على الأقل، ونسبة من الأوكسجين المستنشق بلغت 0.25 على الأقل. تم تصنيف الرضع وفقاً لأوزانهم عند الولادة وتعرضهم للستيروئيدات القشرية قبل الولادة، ومن ثم توزيعهم عشوائياً لتهوية متقطعة عالية التردد (المجموعة 1) أو تهوية متقطعة متزامنة قسرية (المجموعة 2). نظمت التهوية وفق خطط علاجية صممت للتوصل إلى قيم مثلى للتهوية الرئوية وغازات الدم.

النتائج:

- أدرج في الدراسة 500 رضيع.
- تم نزع الأنبوب بنجاح في وقت أبكر لدى الرضع في المجموعة الأولى مقارنة بالرضع في المجموعة الثانية.
- بقي 56% من الرضع في المجموعة الأولى أحياء دون الحاجة إلى أوكسجين إضافي خلال 36 أسبوعاً من العمر التالي للطمث، مقارنة بـ 47% من الرضع في المجموعة الثانية.
- لم يشاهد اختلاف بين المجموعات في خطورة النزف داخل

كانت المتغيرات الرئيسة للنتائج هي: العمر، ومعدل الحدوث وعدد الحالات وتوضعها، والحالات الموجودة سابقاً، والعوامل المحرصة الأكثر شيوعاً، والمظاهر السريرية والمخبرية، والتشخيص عند القبول، والعلاج، والتطور والعقابيل، وعوامل الخطورة لحدوث الوفاة.

النتائج:

- تم فحص 39 مريضاً لديهم التهاب لفافة نخري (0.018% من كافة مرضى المشفى)، فوجد بينهم 21 ذكراً (54%)، وكان وسطي العمر 4.4 سنة.
- شوهدت آفات مفردة في 30 (77%) من المرضى، مع 21 (54%) منها في الأطراف.
- كان سوء التغذية هو الحالة الموجودة مسبقاً الأكثر مشاهدة (لدى 14 مريضاً = 36%).
- كان العامل المحرض الأكثر مشاهدة هو الحماق varicella (لدى 13 مريضاً = 33%).
- وضع تشخيص NF عند القبول لدى 11 مريضاً (28%).
- وجدت عزولات جرثومية لدى 24 مريضاً (62%)، وكانت متعددة الجراثيم لدى 17 منهم (71%). وكانت الزوائف الزنجارية *pseudomonas aeruginosa* هي الجراثيم المعزولة الأكثر مشاهدة، فسلبيات الغرام، هي الجراثيم الأكثر وجوداً.
- حدثت مضاعفات لدى 33 مريضاً (85%). حدثت الوفاة لدى 7 مرضى (18%)، وحدثت عقابيل لدى 29 من 32 مريضاً بقوا على قيد الحياة (91%).
- كان عامل الخطورة الواضح الذي نسبت له الوفاة هو تثبط المناعة.

الخلاصة: كثيراً ما يحدث خطأ في تشخيص التهاب اللفافة النخري في الأطفال، لأنه يختلف عن مثيله في البالغين في عدد من المظاهر. العامل الرئيس المسبب للوفاة هو تثبط المناعة. والإجراء العلاجي الأكثر أهمية هو التنضير الجراحي الباكر وإعطاء المضادات الحيوية.

CONCLUSION: Necrotizing fasciitis in children is frequently misdiagnosed, and several features differ from those of NF in adults. Immunosuppression was the main factor related to death. Early surgical debridement and antibiotics were the most important therapeutic measures.



- أدت كل الجرعات وبشكل واضح إلى زيادة عدد مرات التغوط، مع جهد أقل أثناء التغوط وبراز أكثر ليونة عند إعطاء الجرعات الأعلى.
- شملت التأثيرات الجانبية نفخة وتبطل بطن (18%) وبراز رخو (13%) وغثيان (5%) وقيء (5%) ومغص (5%).
- بشكل عام كانت المعالجة بـ PEG3350 مقبولة من قبل الأطفال والديهم.

الخلاصة: إن الجرعات اليومية بمقدار 1 إلى 1.5 غ/كغ من PEG3350 ولمدة ثلاثة أيام آمنة وفعالة في علاج السدادة الغائطية عند الأطفال. وعلى الأرجح أن PEG3350 سوف يصبح العلاج المختار للإمساك الشديد عند الأطفال.

COMMENT: At daily doses of 1 to 1.5 g/kg, 3-day courses of PEG3350 safely and effectively treat fecal impaction in children. I agree with the authors, who state that PEG3350 likely will become the treatment of choice for severe constipation in children.

علاج الورم الوعائي الدموي بالليزر: ليس أفضل من المراقبة

Laser Treatment for Hemangiomas: No Better Than Observation

Lancet 2002 Aug 17;360:521-7,502-3
Journal watch 2002 Oct1;22(19):151

خلفية الدراسة: يعالج العديد من الأطفال المصابين بالورم الوعائي الدموي (وحمة الفريز) بأشعة الليزر الملونة النابضة PDL، مع أن مثل هذه الآفات عادة ما تشفى من تلقاء نفسها خلال السنوات القليلة الأولى من الحياة.
طريقة الدراسة: أخذ باحث بريطاني 121 عينة عشوائية من الأطفال الذين تراوحت أعمارهم بين 1-14 أسبوعاً والمصابين بورم وعائي دموي سطحي مبكر، وذلك لتلقي العلاج أو المراقبة.
النتائج:

- كان العدد المتوسط لجلسات العلاج هو 3 (0-13).
- في العام الأول من العمر، لم تختلف بين المجموعتين النتائج الأولية (شفاء تام أو بقاء آثار بسيطة أو اختلاطات أو نسبة الأهل الذين يعتبرون أن الورم الوعائي الدموي مشكلة)، أو النتائج الثانوية (الارتفاع، المنطقة السطحية، واحمرار منطقة الآفة، وكان التقويم من قبل أهل الأطفال بأن الورم الوعائي الدموي كان مشكلة).

القحف، وتلين المادة البيضاء الكيسي حوالى البطين cystic periventricular leukomalacia، أو الاختلاطات الأخرى.
الخلاصة: توجد فائدة قليلة ولكن هامة للتنهوية المتقطعة عالية التواتر من حيث النتائج الرئوية لدى الرضع المولودين بأوزان شديدة الانخفاض، دون زيادة في نسبة حدوث الاختلاطات الأخرى للولادة المبكرة.

CONCLUSION: There was a small but significant benefit of high-frequency oscillatory ventilation in terms of the pulmonary outcome for very-low-birth-weight infants without an increase in the occurrence of other complications of premature birth.

خيار أفضل

علاج الأطفال المصابين بسدادة غائطية Better Option for Treating Children With Fecal Impactions

Journal Watch 2002 Nov 1; 22 (21)

خلفية الدراسة: الطرق الحالية للتخلص من السدادة الغائطية عند الأطفال (مثل الرحضات والتحاميل) غير لطيفة، وإن البولي إيثيلين غليكول 3350 (PEG3350) هو علاج أكثر قبولاً وهو مسحوق ملين تحالي بلا رائحة أو طعم، وقد أثبت استخدامه لدى البالغين المصابين بإمساك مزمن.

هدف الدراسة: في هذه الدراسة المكفولة من المصنع، فحص الباحثون تأثير PEG 3350 على الأطفال.

المجموعة المدروسة: ضمت 40 طفلاً (3-18 سنة) لديهم إمساك مزمن أو انحشار براز.

طريقة الدراسة: أعطي المرضى بشكل عشوائي واحدة من 4 جرعات يومية من PEG3350 لمدة 3 أيام: إما 0.25 غ/كغ أو 0.5 غ/كغ أو 1 غ/كغ أو 1.5 غ/كغ (100 غ يومياً كحد أقصى). وقد تم مزج بودرة PEG3350 مع شراب بطعم البرتقال.

النتائج:

- شفي السدادة لدى 30 طفلاً (75%).
- كان التحسن أفضل في المجموعات التي تلقت 1 أو 1.5 غ/كغ من المجموعات التي تلقت جرعات أخفض (معدل زوال الانحشار 95% مقابل 55% على الترتيب).



- أتم 14 مريضاً 4 أشهر من المعالجة. وقد خبر جميع المرضى بعض التحسن في الآفات الجلدية، وأظهر 10 مرضى من بين 12 مريضاً قابلين للتقييم تحسناً بنتائج التصوير.

- تحسنت حالة 5 مرضى بعد شهر واحد (عولجوا بـ 50 ملغ يومياً من الثاليدوميد).

- كما تحسن 7 مرضى آخرين بعد شهرين (عولجوا بـ 100 ملغ يومياً من الثاليدوميد في الشهر الثاني).

- احتاج مريضان إلى شهر إضافي من المعالجة بـ 200 ملغ من الثاليدوميد لتحقيق استجابة.

- سجل المرضى زيادة في النعاس (9 مرضى)، والخدر (7 مرضى)، والدوار (مريضان)، والإمساك (6 مرضى)، والطفح (مريض واحد)، وزيادة حدوث الزلة التنفسية (مريض واحد).

- انقطع مريض واحد عن المعالجة لإصابته بزلة تنفسية حديثة قد تكون ناجمة عن إصابة حديثة مستقلة بقصور قلب احتقاني.

الخلاصة: الثاليدوميد علاج فعال للسلاركوئيد الجلدي المزمن، وقد تم تحمله بشكل جيد، وربما يكون بديلاً جيداً للستيروئيدات القشرية الجهازية.

CONCLUSION: Thalidomide was an effective form of treatment for chronic cutaneous sarcoidosis. The drug was well tolerated and may be a useful alternative to systemic corticosteroids.

المعالجة المزمنة بالليفلونوميد

لمرض التهاب المفاصل الرثياني الفعال

على الرغم من إعطاء جرعات ثابتة من الميثوتريكسات

دراسة عشوائية ثنائية التعمية مقارنة بالدواء الموهم

Concomitant Leflunomide Therapy in Patients With Active Rheumatoid Arthritis

Despite Stable Doses of Methotrexate

A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial

Kremer JM, et al.
Ann Intern Med 2002;137:726-733

خلفية الدراسة: يمكن أن تقدم الأدوية المضادة للرثية والمعدلة للمرض فوائد أعظم عند مشاركتها مع الميثوتريكسات المضاد للاستقلاب.

هدف الدراسة: تقييم فعالية وأمان الليفلونوميد، مقارنة بالدواء الموهم، عند إضافته إلى معالجة متواصلة ثابتة الجرعة بالميثوتريكسات لدى مرضى مصابين بالتهاب مفاصل رثياني فعال.

- شفيت الآفات لدى 42% من الأطفال في مجموعة PDL وعند 44% من مجموعة المراقبة، مقارنة مع الأطفال في المجموعة المراقبة.

- كان الأطفال في المجموعة المعالجة أكثر عرضة للإصابة بنقص التصبغ (45% مقابل 15%) والضمور (28% مقابل 8%). كما كانت الآفات في المجموعة الملاحظة أكثر عرضة بشكل واضح للاحمرار من هؤلاء في المجموعة المجربة.

الخلاصة والتعليق: إن العلاج المبكر للورم الوعائي الدموي بالليزر غير مفيد، ويجب أن يقتصر العلاج للآفات في المناطق المسببة للمشاكل كالوجه والمنطقة العجانية.

COMMENT: As an editorialist notes, early laser therapy for all hemangiomas is not warranted. Treatment should be reserved for lesions prone to complications, such as those on the face and in the perineal area.

■ أمراض مناعية

Immunological Diseases

دور الثاليدوميد في معالجة السلاركوئيد المزمن

Thalidomide for Chronic Sarcoidosis

Baughman RP, et al.
Chest 2002 Jul;122(1):227-32

هدف الدراسة: أظهرت المعالجة بالثاليدوميد فائدة في تعديل الآفات الحبيبية مثل السل والجذام. ولا يحدث هجوع الذئبة التليجية lupus pernio - وهي تظاهرة جلدية للسلاركوئيد - بشكل تلقائي، ولذلك فهي تستخدم كمؤشر على فعالية الثاليدوميد في معالجة هذا الداء.

طريقة الدراسة: دراسة مفتوحة العنوان متزايدة الجرعة مطبقة على الثاليدوميد.

مكان الدراسة: شوهده المرضى في 4 عيادات مختصة بمعالجة السلاركوئيد في الولايات المتحدة.

المجموعة المدروسة: تم إدراج 15 مريضاً مصابين بذئبة تليجية وتظاهرات أخرى للسلاركوئيد غير مستجيبة لمعالجات سابقة.

المدخلات: تم تحديد الآفات الجلدية بالفحص العياني من قبل الطبيب المعالج، ثم تقييم صور الآفات قبل وبعد المعالجة من قبل أطباء آخرين، بعد التعمية.

النتائج:



well tolerated and can be used safely with appropriate liver enzyme and hematologic monitoring.

■ أمراض قلبية - وعائية Cardiovascular Diseases

مقارنة بين دور مستويات البروتين المفاعل C وكوليسترول البروتين الدهني منخفض الكثافة في التنبؤ بالإصابات القلبية الوعائية الأولى Comparison of C-Reactive Protein and Low-Density Lipoprotein Cholesterol Levels in the Prediction of First Cardiovascular Events

Ridker PM, et al.
N Engl J Med 2002;347:1557-65

خلفية الدراسة: ترتفع كل من مستويات البروتين المفاعل C وكوليسترول البروتين الدهني منخفض الكثافة LDL لدى الأشخاص المعرضين لخطورة الإصابات القلبية الوعائية. ومع ذلك، فإن البيانات المطبقة على المجتمع التي تقارن مباشرة بين هذين المؤشرين الحيويين لا تزال غير متوفرة.

طريقة الدراسة: تم قياس مستويات البروتين المفاعل C وكوليسترول LDL عند بدء الدراسة لدى 27939 أنثى بصحة جيدة ظاهرياً في الولايات المتحدة، ثم متابعتهم لمدة 8 أعوام وسطياً لتحري الإصابة باحتشاء عضلة قلبية، أو سكتة بنقص التروية، أو إعادة توعية إكليلية، أو الوفاة لأسباب قلبية وعائية. تم تقييم أهمية هذين المعيارين في التنبؤ بخطورة حدوث إصابات قلبية وعائية لدى المجموعة المدروسة.

النتائج:

- على الرغم من أن البروتين المفاعل C وكوليسترول LDL كانا مرتبطين بشكل بسيط (معامل الارتباط $r = 0.08$)، إلا أن المستويات الأساسية لكل منهما كانت ذات علاقة خطية قوية بحدوث إصابات قلبية وعائية.

- بعد ضبط كل من العمر وحالة التدخين والإصابة بداء سكري والمستويات التصنيفية لضغط الدم وتناول معالجة هرمونية تعويضية، كانت الخطورة النسبية لحدوث أول إصابة قلبية وعائية وفقاً لارتفاع مستويات البروتين المفاعل C مقارنة بالخمس الأدنى هي: 1.4، 1.6، 2.0، و 2.3، بينما كانت الخطورة النسبية المقابلة وفقاً لارتفاع مستويات كوليسترول LDL مقارنة بالخمس الأدنى هي: 0.9، و 1.1، و 1.3، و 1.5.

طريقة الدراسة: دراسة عشوائية ثنائية التعمية مقارنة بالدواء الموهم وعديدة المراكز، مدتها 24 أسبوعاً.

مكان الدراسة: 20 مركزاً في الولايات المتحدة وكندا.

المجموعة المدروسة: مرضى مصابون بالتهاب مفاصل رثياني مستمر - حسب تعريف معايير الكلية الأمريكية للأمراض الرثوية ACR - على الرغم من تناولهم الميثوتريكسات لمدة 6 أشهر على الأقل.

المدخلة: ليفلونوميد أو دواء موهم، يضاف إلى معالجة جارية بالميثوتريكسات.

المعايير: كان متغير الفعالية الأولى هو نسبة تحقيق تحسن بنسبة 20% في معايير ACR (ACR20) في نهاية فترة الدراسة.

تم تحديد معامل العجز باستخدام استمارة التقييم الصحي في كل مراجعة، وإتمام النموذج الموجز لدراسة الموجودات الطبية المكون من 36 بنداً كتحليل نهائي.

النتائج:

- في مجموعتي الليفلونوميد والدواء الموهم، طبق 46.2% و 19.5% من المرضى - على التوالي - معايير ACR20 بعد 24 أسبوعاً.

- ظهر تحسن سريري في وسطي تبدل المكونات الشخصية لمعايير استجابة ACR20 الهامة من الناحية الإحصائية. - تماثلت نسبة التوقف عن المعالجة في مجموعتي المعالجة (23.1% في مجموعة الليفلونوميد، و 24.8% في مجموعة الدواء الموهم).

- كما تماثلت نسبة حدوث التأثيرات الجانبية (89.2% مقابل 89.5%).

- كانت التأثيرات الجانبية خفيفة إلى متوسطة.

الخلاصة: تقدم المعالجة بمشاركة الليفلونوميد والميثوتريكسات فائدة سريرية هامة إحصائياً لدى مرضى التهاب المفاصل الرثياني النشط الذين يتناولون معالجة بالميثوتريكسات. ويتم تحمل الليفلونوميد مع الميثوتريكسات عادة بشكل جيد، ويمكن استخدامه بشكل آمن مع مراقبة الخُمائر الكبدية والصيغة الدموية.

CONCLUSION: Combination therapy with leflunomide and methotrexate provides statistically significant clinical benefit in patients with active rheumatoid arthritis who are receiving methotrexate therapy. Leflunomide plus methotrexate is generally



عشوائياً لتلقي معالجة بضبط النظم أو ضبط عدد ضربات القلب، لم يكن لدى المرضى المشاركين في الدراسة مضادات استقلاب لمضادات التخثر. وقد تم اختيار الأدوية المضادة للرجفان وتوقيت التحول القلبي من قبل الأطباء المعالجين.

كان استخدام مضادات التخثر ضرورياً في مجموعة ضبط عدد ضربات القلب، إلا أنه أمكن إيقاف تناول الوارفارين في مجموعة ضبط النظم وفقاً لتقدير الطبيب. وخلال 5 أعوام كانت نسبة الوفيات 23.8% في مجموعة ضبط النظم، و21.3% في مجموعة ضبط عدد ضربات القلب، وهو فرق غير هام.

كان عدد المرضى المقبولين في المشفى أكبر بشكل هام في مجموعة ضبط النظم مقارنة بمجموعة ضبط عدد ضربات القلب، كما كانت نسبة التأثيرات الجانبية الدوائية أكبر بشكل هام في مجموعة ضبط النظم.

وقد تأكدت هذه النتائج في دراسة عشوائية أوروبية أصغر من الدراسة السابقة، طبقت على 522 مريضاً (متوسط أعمارهم 68 عاماً) مصابين بـرجفان أذيني مستمر. وخلال فترة متابعة استمرت 2.3 أعوام، حدثت نقطة النهاية الأولية (المركبة من وفاة قلبية وعائية، وقصور قلبي، واختلالات انصمامية خثارية، ونزف، واحتياج ناظمة قلبية، أو تأثيرات جانبية دوائية شديدة) لدى 22.6% من المرضى في مجموعة ضبط النظم و17.2% من مرضى مجموعة ضبط عدد ضربات القلب.

تظهر هذه النتائج عدم تفوق المعالجة بضبط عدد ضربات القلب على المعالجة بضبط النظم لدى مرضى الرجفان الأذيني. وفي الواقع، فقد ارتبط ضبط النظم بنسبة تأثيرات جانبية أعلى قليلاً، خاصة لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط شرياني، بالإضافة إلى الإناث في الدراسة الأوروبية.

ولا تزال إمكانية الاستفادة من ضبط النظم قائمة لدى المرضى بشكل فردي، وخاصة في حال وجود أعراض.

وهناك تحذير بأن هذه النتائج لا تنطبق بالضرورة على المرضى المصابين بـرجفان أذيني وحيد فقط أو النوبة الأولى للرجفان، ولكن نظراً لنسبة الوفيات والموجودات الرئيسية فإن هذه النتائج تشير إلى أن ضبط عدد ضربات القلب هو بديل مقبول لدى معظم مرضى الرجفان الأذيني، وهي أخبار جيدة لملايين الأشخاص الذين تصعب المحافظة على النظم الجيبي لديهم، أو أن إصابتهم بالرجفان غير مترافقة بأعراض غالباً. وتبرز النتائج أيضاً أهمية المعالجة المضادة للتخثر، مبينة أن معظم حالات

- شوهدت تأثيرات مماثلة في تحليلات مستقلة لكل من مكونات نقطة النهاية المركبة، ولكل من المريضات اللواتي يتناولن معالجة هرمونية تعويضية واللواتي لا يتناولنها.

- وبشكل عام، شوهد 77% من مجموع الإصابات لدى الإناث اللواتي تقل مستويات كوليسترول LDL لديهم عن 160 ملغ/دسل (4.14 ملمول/ل)، و46% منها لدى الإناث اللواتي تقل مستويات هذا الكوليسترول لديهم عن 130 ملغ/دسل (3.36 ملمول/ل).

- وعلى النقيض، بما أن معايير البروتين المفعول C وكوليسترول LDL تميل إلى تحديد مجموعات مختلفة مرتفعة الخطورة، فإن مسح كلا المؤشرين الحيويين يقدم معلومات إنذارية أفضل مقارنة بمسح كل واحد على حدة.

- كما شوهدت تأثيرات مستقلة مع البروتين المفعول C في تحليل مضبوط من حيث جميع مكونات مقياس خطورة فرامينغهام. الخلاصة: تشير هذه البيانات إلى أن مستوى البروتين المفعول C هو منبئ بالإصابات القلبية الوعائية أقوى من مستوى كوليسترول LDL، ويضيف معلومات إنذارية إلى تلك الناجمة عن مقياس فرامينغهام للخطورة.

CONCLUSION: These data suggests that the C-reactive protein level is a stronger predictor of cardiovascular events than the LDL cholesterol level and that it adds prognostic information to that conveyed by the Framingham risk score.

ضبط النظم أم ضبط عدد ضربات القلب

علاج AFIB: قد يكون الجواب مفاجئاً

Rhythm Control or Rate Control for AFIB? The Answer Might Surprise You

Journal Watch 2003 Jan 1;23(1):6-7

لعدة سنوات تمت مناقشة مدى جدارة طريقتين لعلاج مرضى الرجفان الأذيني (AF): المحافظة على النظم الجيبي (ضبط النظم) مقابل ضبط الاستجابة البطيئة (ضبط عدد ضربات القلب). وتعتبر طريقة المحافظة على النظم الجيبي أكثر فيزيولوجية، ولكن هل تحسن النتائج؟

في دراستين حديثتين، قدمت بيانات هامة للإجابة على هذا السؤال، ففي دراسة أجريت في أمريكا الشمالية على 4060 مريضاً (متوسط أعمارهم 70 عاماً) مصابين بـرجفان أذيني ولديهم عوامل خطورة للإصابة بسكتة أو وفاة، تم توزيعهم



الخلاصة: توضح هذه الدراسة أنه في حال عدم استجابة ارتفاع الضغط الشرياني للمعالجة بمثبطات الخميرة القالبية للأنجيوتنسين أو حاصرات مستقبل الأنجيوتنسين II، فإن إضافة الإبليريون على مدى 8 أسابيع قد أدى إلى خفض ضغط الدم الانقباضي بشكل هام في كلتا المجموعتين وضغط الدم الانبساطي لدى المرضى الذين يتناولون حاصرات مستقبل الأنجيوتنسين II؛ وبذلك يمكن أن يكون حصر الألدوستيرون بواسطة الإبليريون معالجة إضافية مفيدة لدى مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الذين لا يستجيبون بشكل كاف للمعالجة بمثبطات الخميرة القالبية للأنجيوتنسين أو حاصرات مستقبل الأنجيوتنسين II فقط.

CONCLUSION: This study demonstrated that in patients whose BP was not controlled with an ACE inhibitor or ARB, the addition of eplerenone over an 8-week period significantly lowered systolic BP in both groups and diastolic BP in ARB patients. Selective aldosterone blockade with eplerenone, therefore, may be useful add-on therapy in hypertensive patients inadequately controlled on ACE inhibitor or ARB alone.

اللويسارتان مقابل الأتينولول لعلاج ارتفاع الضغط الانقباضي المعزول Losartan vs. Atenolol for Isolated Systolic Hypertension

Journal Watch 2002 Nov 1; 22 (21)

في دراسة عشوائية مزدوجة التعمية أجريت مؤخراً تراقف استعمال اللوسارتان (ARB: حاصر مستقبل الأنجيوتنسين) مع حدوث عدد أقل من السكتات الدماغية، مقارنة مع الأتينولول في المرضى المصابين بارتفاع الضغط الأساسي وضخامة البطين الأيسر. وقد سجل نفس الباحثون نتائج الدراسة على مجموعة فرعية مؤلفة من 1326 مريضاً (وسطى العمر 70 سنة) لديهم ارتفاع ضغط شرياني أساسي إنقباضي معزول (الضغط الانقباضي = 160-200 ملم ز، والانقباضي > 90 ملم ز). وقد رعى الدراسة منتجوا اللوسارتان.

تلقى المرضى إما اللوسارتان أو الأتينولول (50 إلى 100 ملغ يومياً) وتمت إضافة الهيدروكلوروثيازيد hydrochlorothiazide وأدوية أخرى في حال الضرورة.

لوحظ خلال المتابعة التي استمرت 4.7 سنة وسطياً مايلي:
- انخفاض ضغط الدم بشكل متساوٍ (بحوالي 9/28 ملم ز) في المجموعتين.

السكتة حدثت نتيجة لإيقاف مضادات التخثر، أو كونها دون المستوى العلاجي.

تأثير إضافة الإبليريون إلى حاصرات جهاز الرينين-أنجيوتنسين لدى مرضى ارتفاع الضغط الشرياني Efficacy of Eplerenone Added to Renin-Angiotensin Blockade in Hypertensive Patients

Krum H, et al.
Hypertension 2002 Aug;40(2):117-23

هدف الدراسة: تقييم فعالية وتحمل الإبليريون -وهو حاصر اصطفاثي للألدوستيرون- عند إضافته إلى المعالجة الخافضة للضغط الشرياني باستخدام مثبطات الخميرة القالبية للأنجيوتنسين أو حاصرات مستقبل الأنجيوتنسين II (ARB).

طريقة الدراسة: في دراسة ثنائية التعمية أجري توزيع عشوائي لـ 341 مريضاً لديهم ارتفاع ضغط شرياني لم ينخفض لديهم ضغط الدم على الرغم من المعالجة بمثبطات ACE أو ARB لتناول 50 ملغ إبليريون (ترتفع الجرعة حتى 100 ملغ عند الضرورة) مرة واحدة يومياً، أو الدواء الموهم، لمدة 8 أسابيع. تم تسجيل ضغط الدم الانقباضي والانبساطي والتأثيرات الجانبية. النتائج:

- في نهاية الدراسة (الأسبوع الثامن)، شوهد انخفاض هام في وسطي ضغط الدم الانقباضي في وضعية الجلوس مقارنة ببدء الدراسة لدى مرضى مجموعة الإبليريون/ARB (-12.7/+0.81 ملم ز)، مقارنة بمرضى مجموعة الدواء الموهم/ARB (-9.3/+0.83 ملم ز).

- كان تغير وسطي ضغط الدم الانقباضي في وضعية الجلوس (-9.9/+0.88 ملم ز) في مجموعة الإبليريون/مثبطات ACE، و-8.0/+0.86 ملم ز في مجموعة الدواء الموهم/مثبطات ACE.

- كما كانت مستويات ضغط الدم الانقباضي أقل بشكل هام في الأسبوع الثامن في مجموعة الإبليريون/مثبطات ACE (-13.4/+1.35 ملم ز) والإبليريون/ARB (-16.0/+1.37 ملم ز)، مقارنة بمجموعة الدواء الموهم/مثبطات ACE (-7.5/+1.31 ملم ز) ومجموعة الدواء الموهم/ARB (-9.2/+1.41 ملم ز).

- كانت التأثيرات الجانبية عموماً غير شديدة، ولم يشاهد اختلاف هام بين مجموعات الإبليريون والدواء الموهم.



النتائج المستقبلية لاحتشاء العضلة القلبية الحاد لدى المرضى المصابين بقصور كلوي خفيف إلى متوسط.

هدف الدراسة: مقارنة النتائج المستقبلية لاحتشاء العضلة القلبية لدى مرضى مصابين بمستويات مختلفة من الداء الكلوي، ومرضى غير مصابين بقصور كلوي. طريقة الدراسة: دراسة جماعية راجعة. مكان الدراسة: مركز طبي أكاديمي.

المجموعة المدروسة: مجموع المرضى الذين أجريت عليهم الدراسة 3106 مريض؛ كان 44 مريضاً منهم مصابين باحتشاء عضلة قلبية حاد وداء كلوي في المرحلة الأخيرة، و391 مريضاً مصابين بقصور كلوي شديد (تصفية الكرياتينين > 0.59 مل/ثا، > 35 مل/د)، و491 مريضاً مصابين بقصور كلوي متوسط (تصفية الكرياتينين < 0.59 مل/ثا، < 35 مل/د)، ولكن > 0.84 مل/ثا، > 50 مل/د)، و860 مريضاً مصابين بقصور كلوي مزمن خفيف (تصفية الكرياتينين < 0.84 مل/ثا، < 50 مل/د)، ولكن > 1.25 مل/ثا، > 75 مل/د)، و1320 مريضاً غير مصابين بداء كلوي.

المعايير: تمت مقارنة الصفات السريرية، وطرق المعالجة، والبقيا المديدة والقصيرة الأمد بعد تصنيف المرضى وفقاً لتصفية الكرياتينين.

النتائج:

- كانت نسبة الوفيات داخل المشفى 2% لدى المرضى ذوي الوظيفة الكلوية الطبيعية، و6% لدى المرضى المصابين بقصور كلوي خفيف، و14% لدى المصابين بقصور كلوي متوسط، و21% لدى المصابين بقصور كلوي شديد، و30% لدى المرضى بداء كلوي في المرحلة النهائية.

- مقارنة بالمرضى غير المصابين بداء كلوي، تماثلت النسبة المضبوطة للوفاة بعد التخريج من المشفى لدى المرضى في المرحلة النهائية من الداء الكلوي (معدل الخطورة = 5.4)، وكذلك القصور الكلوي الشديد (معدل الخطورة = 1.9)، والقصور الكلوي المتوسط (معدل الخطورة = 2.2)، والقصور الكلوي المزمن الخفيف (معدل الخطورة = 2.4).

- كانت المعالجات المساعدة والمعيدة للتروية تجرى للمرضى المصابين بقصور كلوي بعدد مرات أقل مقارنة بالمرضى ذوي الوظيفة الكلوية الطبيعية.

- سجلت النقطة النهائية المركبة الأولية (وفاة قلبية وعائية، أو سكتة، أو احتشاء عضلة قلبية) بشكل أكثر انخفاضاً في مجموعة اللوسارتان بالمقارنة مع مجموعة الأتينولول (11.4 مقابل 15.6). وقد نسب الاختلاف إلى المعدلات الأقل للوفاة بأسباب قلبية وعائية وبالسكتة عند إعطاء اللوسارتان، ولكن ليس لاحتشاء العضلة القلبية).

- حدثت نقطتان نهائيتان ثانويتان بشكل أقل أيضاً في مجموعة اللوسارتان وهما: الوفاة الكلية (10% مقابل 14%) والسكري الحديث البدء (5.8% مقابل 9%).

- كان الانسحاب من الدراسة أقل بين متناولي اللوسارتان بالمقارنة مع متناولي الأتينولول، بسبب الأعراض الجانبية للدواء (7.1% مقابل 13.5%).

الخلاصة والتعليق: لدى هؤلاء المسنين المصابين بارتفاع الضغط الانقباضي المعزول، توجد اختلافات متعددة في الأهمية الإحصائية الحدية فضلت اللوسارتان على الأتينولول. وهذه في الحقيقة مقارنة بين نظام عدة أدوية: وقد أتم حوالي 10% فقط من المرضى الدراسة بتناول علاج وحيد هو اللوسارتان أو الأتينولول. وبما أن ARBs غالية الثمن حالياً، فإن المقارنة بين ARBs والمدرات أو مثبطات الأنزيم القالب للإنجيوتنسين قد تكون هامة لمرضى ارتفاع الضغط الانقباضي.

COMMENT: In these elderly patients with isolated systolic hypertension, several differences of marginal statistical significance favored losartan over atenolol. Note, however this was really a comparison between multidrug regimens: Only about 10% of patients ended up on monotherapy with losartan or atenolol. Because ARBs currently are expensive in the U.S., a comparison between ARBs and diuretics or angiotensin-converting-enzyme inhibitors would be of interest for patients with systolic hypertension.

احتشاء العضلة القلبية الحاد والقصور الوظيفي الكلوي: مشاركة مرتفعة الخطورة

Acute Myocardial Infarction and Renal Dysfunction: A High-Risk Combination

Wright RS, et al.
Ann Intern Med 2002;137:563-570

خلفية الدراسة: إن البقيا قليلة لدى مرضى احتشاء العضلة القلبية الحاد المصابين أيضاً بداء كلوي شديد، ولا يعرف الكثير عن



الممال أثناء الراحة من $+64/-36$ إلى $+16/-15$ ملم ز،
والممال الجهد من $+132/-34$ إلى $+45/-19$ ملم ز).
- شملت الاختلاطات الناجمة عن الإجراء حصار الغصن الأيمن
لدى جميع المرضى، وحصار قلبي تام لدى 31 مريضاً
(48%)، وزيادة هامة في الفترة QRS و QT المصححة.
- احتاج 17 مريضاً (27%) لناظم خطى دائم permanent
- pacing.

- انخفضت ذروة الموجة R انخفاضاً هاماً (من $+32/-8$ إلى
 $+17/-7$ mV).

- ازدادت أبعاد تجويف البطين الأيسر، وانخفضت سماكة
الحاجز بين البطينين.

الخلاصة: أدى إنقاص الحاجز بين البطينين بطريقة غير جراحية
إلى تحسن ثابت بكل من المعايير الذاتية والموضوعية في السعة
الجهدية مع نقص دائم في الممال الانقباضي للبطين الأيسر أثناء
الراحة والجهد. إلا أنه ارتبط بارتفاع نسبة حدوث حصار قلبي
تام ناجم عن المداخلة مما يتطلب غالباً زرع ناظم خطى دائم.

CONCLUSION: Nonsurgical septal reduction leads to
sustained improvements in both subjective and
objective measures of exercise capacity in association
with a persistent reduction in resting and stress-
induced left ventricular outflow tract gradients. It is
also associated with a high incidence of procedure-
related complete heart block, however, often requiring
permanent pacing.

التروبونين المصلي

من أجل التنبؤ بالخطر المتراكم
لدى المصابين بالصمة الرئوية

Serum Troponin

for Risk Stratification in PE Patients

Journal Watch 2002 Nov 1; 22 (21)

خلفية الدراسة: إن تخطيط صدى القلب بهدف تقييم سوء وظيفة
البطين الأيمن يستخدم أحياناً لتقييم الخطورة لدى المرضى
المصابين بصمة رئوية حادة PE.

هدف الدراسة: تحري دور مستوى التروبونين القلبي المصلي I
(cTnI) و التروبونين T (cTnT) في التنبؤ بالنتائج، وفحص
العلاقة بين هذه الواسمات وبين سوء وظيفة البطين الأيمن أيضاً.
المجموعة المدروسة: 106 مريضاً لديهم PE حادة.
النتائج:

- كانت نسبة الوفيات بعد التخريج أقل لدى المرضى الذين تلقوا
معالجة مكثفة معيدة للتروية، والأسبرين، ومعالجة بحاصرات
بيتا.

الخلاصة: ترتفع خطورة الوفاة لدى المرضى المصابين بقصور
كلوي بعد إصابتهم باحتشاء عضلة قلبية حاد وتناولهم معالجة أقل
كثافة من المرضى ذوي الوظيفة الكلوية الطبيعية.

CONCLUSION: Patients with renal failure are at
increased risk for death after acute MI and receive less
aggressive treatment than patients with normal renal
function.

إنقاص الحاجز بين البطينين بطريقة غير جراحية

لدى مرضى اعتلال العضلة القلبية الضخامي

Nonsurgical Reduction
of the Interventricular Septum
in Patients With Hypertrophic Cardiomyopathy

Shamim W, et al.
N Engl J Med 2002;347:1326-33

خلفية الدراسة: يكون خيار المعالجة لدى المصابين باعتلال
العضلة القلبية الضخامي مع انسداد مخرج التدفق في البطين
الأيسر هو إنقاص الحاجز بطريقة غير جراحية في حال فشل
المعالجة الدوائية.

هدف الدراسة: بحث التأثيرات المديدة للإجراء غير الجراحي
لإنقاص الحاجز على القدرة الوظيفية وصفات المخطط القلبي
الكهربائي والمخطط القلبي بفوق الصدى.

طريقة الدراسة: أخضع 64 مريضاً متتابعين مصابين باعتلال
عضلة قلبية ضخامي، وسطي أعمارهم $+48.5/-17.2$ عاماً
لإنقاص الحاجز بين البطينين بطريقة غير جراحية عن طريق
حقن الإيثانول داخل الفرع الثاقب الحاجزي من الشريان الإكليلي
الأمامي الأيسر النازل.

تم تقييم حالة هؤلاء المرضى بعد مضي $+3/-1.3$ سنوات
وسطياً باستخدام اختبار الجهد، وتخطيط القلب الكهربائي،
وتخطيط القلب بفوق الصدى في حالة الراحة وبعد إعطاء
الدوبوتامين (المعرض للشدة).

النتائج:

- خلال فترة المتابعة، شوهد تحسن هام لدى المرضى في درجة
مقياس جمعية القلب في نيويورك، وقمة استهلاك الأكسجين
(من $+18.4/-5.8$ إلى $+30/-4.4$ مل/كغ من وزن الجسم/د)،
ومستوى الممال الضغطي بين البطين الأيسر والأبهر (تحسن



أظهرت النتائج تماثل الأمان والفعالية لدى استخدام الإينوكزابارين في المنزل مع انخفاض الكلفة.

هدف الدراسة: تهدف هذه الدراسة إلى تقييم الموجودات السابقة في أماكن التطبيق التقليدية لمنظمة التدبير الصحي في الولايات المتحدة.

طريقة الدراسة: أجري تحليل راجع للسجلات الطبية والتطبيقية لأعضاء المخطط الصحي الذين يطبقون معايير الشمل بالدراسة للدراسة الكندية خلال الفترة ما بين 1995 و 1998.

مكان الدراسة: منظمة التدبير الصحي في نيومكسيكو. المجموعة المدروسة: المرضى الذين حضروا إلى العيادات الخارجية من عام 1995 إلى 1996 أو من عام 1997 إلى 1998، مصابين بخثار وريدي عميق داني حاد شخص باستخدام التصوير بفوق الصدى المضاعف.

المدخلة: معالجة أولية مضادة للتخثر مكونة من هيبارين غير مجزأ يعطى وريدياً في المشفى (مجموعة العام 1995-1996 المكونة من 64 مريضاً)، أو LMWH (إينوكزابارين) تحت الجلد يعطى مبدئياً في المنزل (مجموعة العام 1997-1998 المكونة من 65 مريضاً)، تتبع بمعالجة بالوارفرين.

النتائج:

- لم يشاهد اختلاف هام إحصائياً في عدد حالات نكس الانصمام الخثاري الوريدي أو حالات النزف.

- كان وسطي الكلفة للمريض الواحد $8.469 -/+ 9.347$ دولارات في مجموعة الإينوكزابارين مقارنة بـ $11.930 -/+ 10.892$ دولارات في مجموعة الهيبارين غير المجزأ، بفارق - 2.583 دولاراً.

الخلاصة: أظهر تكرار الدراسة الكندية الراجح المطبق على أماكن الرعاية الروتينية (التدبيرية) في الولايات المتحدة تماثل النتائج السريرية والاقتصادية. فمعالجة الخثار الوريدي العميق الداني الحاد بالإينوكزابارين في العيادات الخارجية الأولية يمكن أن تتم بأمان وتحقق التوفير من خلال تجنب أو إنقاص فترة المكث في المشفى.

CONCLUSION: Retrospective replication of the Canadian study in a US routine (managed) care setting found similar clinical and economic outcomes. Treatment of acute proximal DVT with enoxaparin in a primarily outpatient setting can be accomplished safely and yields savings through avoidance or minimization of inpatient stays.

- ارتفعت مستويات cTnI في 43 مريضاً (40%) ومستويات cTnT في 39 مريضاً (37%).

- ترافق ارتفاع التروبونين بشكل واضح مع موجودات ECG وتصوير صدى القلب لإجهاد البطين الأيمن، وارتفاع نسبة الوفيات والحاجة للدخول إلى المشفى، والاختلالات والحاجة إلى معالجة حالة للخرثرة وإلى دعم ضغط الدم والتنبيب أو إجراء الإنعاش القلبي الرئوي CPR.

- ارتفع خطر الوفاة بشكل واضح في حال مستوى cTnI > 1.5 نانوغرام/مل (معدل الفرق 16.9) أو مستوى cTnT > 0.1 نانوغرام/مل (معدل الفرق 6.5) رغم أن فترة الأمان كانت واسعة.

الخلاصة: تشير معطيات الدراسة إلى أن مستويات تروبونين المصل قد تساعد المرضى المعرضين لخطورة متراكمة ومتزايدة بسبب الصمة الرئوية. ومن غير المحدد بعد مستويات التروبونين التي تعزز النتائج السريرية ونتائج تصوير صدى القلب، وكيفية ترافق هذه العوامل لتوجه إلى العلاج ولتحديد المرشحين لتلقي المعالجة الحالة للخرثرة.

COMMENT: These data suggest that serum troponin levels can help risk-stratify patient with acute pulmonary embolism. What is not clear yet is the degree to which troponin levels enhance existing clinical and echocardiographic data, and how these factors should be combined to guide therapy or to identify candidates for thrombolytic therapy.

**تدبير الخثار الوريدي العميق الداني الحاد:
التقييم الدوائي الاقتصادي لعلاج المرضى الخارجيين
بالإينوكزابارين مقارنة بعلاج المرضى الداخليين
بالهيبارين غير المجزأ**

**Management of Acute Proximal Deep Vein
Thrombosis: Pharmacoeconomic Evaluation of
Outpatient Treatment With Enoxaparin vs
Inpatient Treatment With Unfractionated Heparin**

Spyropoulos AC, et al.
Chest 2002 Jul;122(1):108-14

خلفية الدراسة: أجريت دراسة سريرية عشوائية موجهة في كندا لمقارنة معالجة الخثار الوريدي العميق الداني الحاد بواسطة الهيبارين ذي الوزن الجزيئي المنخفض (LMWH): الإينوكزابارين، المطبق أولاً في المنزل مع الهيبارين غير المجزأ المطبق وريدياً في المشفى.



■ أمراض هضمية

Gastroenterology

توقع التشمع أو التليف الكبدى لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي C Predicting Cirrhosis or Fibrosis in Patients With Hepatitis C

Am J Gastroenterol 2002 Oct;97:2623-8
Hepatology 2002 Oct;36:986-92
Journal Watch 2002 Dec 1;22(23):174

خلفية الدراسة: يفيد تحري الإصابة بتليف أو تشمع لدى مرضى التهاب الكبد C المزمن في تحديد الإنذار والمعالجة. هدف الدراسة: البحث عن مشاركات متغيرات سريرية يمكن أن تنبئ في التنبؤ بالبنية النسيجية للكبد، وربما تنبئ في التقليل من الحاجة إلى إجراء خزعة كبد.

الدراسة الأولى:

طريقة الدراسة: في دراسة حديثة أجريت في فيلادلفيا تم تطوير نموذج للتنبؤ بالتشمع، باستخدام بيانات 264 مريضاً مصابين بالتهاب كبد C كان قد أجري لهم جميعاً خزعة كبد. النتائج: كانت 4 متغيرات هي أفضل منبئ بالإصابة بتشمع نسيجي وهي: تعداد صفائح بقيمة لا تتجاوز 140000/ملم³، ووجود توسعات وعائية عنكبوتية، ومستويات خميرة أسبارتات أمينوترانسفيراز AST تفوق 40 وحدة دولية/ل، والجنس الذكري. فاحتمال إصابة ذكر لديه تعداد صفائح منخفض وAST مرتفعة توسعات وعائية عنكبوتية، بالتشمع يفوق 99%. وعلى العكس، فإن احتمال الإصابة أقل من 2% لدى كل من الإناث والذكور في غياب هذه المتغيرات المرتفعة الخطورة.

الدراسة الثانية:

أجري تحليل مماثل في أسبانيا باستخدام بيانات 476 مريضاً، إلا أن الهدف منها كان تحديد المرضى المصابين بتليف هام أو غير هام عند فحص خزعة الكبد. النتائج:

- كانت أفضل المنبئات بالتليف هي العمر الأكبر، وارتفاع مستوى خميرة γ-غلوتاميل ترانسبيتيداز GGT، وانخفاض مستوى الكوليسترول، وانخفاض تعداد الصفائح الدموية.
- بعد إدخال قيم هذه المتغيرات في صيغة محددة في الدراسة تم تحديد مجموعة فرعية من المرضى لم تتجاوز احتمال إصابتهم بتليف هام 4%.

■ أمراض صدرية - تنفسية

Respiratory Diseases

سلفات المغنيزيوم للربو الشديد الحاد Magnesium Sulfate for Acute Severe Asthma

Journal watch 2002 Oct1;22(19):151-2.
Chest 2002 Aug; 122:489-97,396-8.

خلفية الدراسة: أشارت نتائج التحليل الوسطي إلى أن لسلفات المغنيزيوم دور في علاج الربو الشديد. طريقة الدراسة: في دراسة المتعددة المراكز تم أخذ عينة عشوائية من 248 بالغ شوهدوا في قسم الطوارئ لإصابتهم بربو شديد ($FEV1 \leq 30\%$) فتم إعطائهم إما سلفات المغنيزيوم (2g وريدياً)، أو الدواء الموهم، بالإضافة للمعالجة المعيارية بالموسعات القصبية الاستنشاقية والستيروئيدات الوريدية. النتائج: عند بدء الدراسة كان FEV1 حوالي 23% في كلتا المجموعتين، وبعد 4 ساعات كان FEV1 أعلى في مجموعة المغنيزيوم منه في مجموعة الدواء الموهم (48% مقابل 44%)، $p=0.045$. وقد كان تأثير المغنيزيوم أكبر لدى المصابين بربو أشد، فبين المرضى الذين لديهم FEV1 أولي أقل من 20%، وصل FEV1 إلى 34% في مجموعة الدواء الموهم، وإلى 47% في مجموعة المغنيزيوم، حيث يلاحظ اختلاف واضح. على الرغم من هذه المقاييس التنفسية، كانت النسب الإجمالية عند القبول في المشفى ومؤشر الزلة التنفسية متشابهة في المجموعتين، ولم تلاحظ آثار جانبية هامة.

الخلاصة والتعليق: يوجد الآن دليل مقنع على أن سلفات المغنيزيوم يحسن الوظيفة الرئوية لدى المرضى المصابين بربو حاد شديد. وعلى العكس من بعض النتائج السابقة، لم يترافق المغنيزيوم مع انخفاض نسبة الإدخال للمشفى في هذه الدراسة. مع ذلك فإنه يوصى بالمغنيزيوم الوريدي في مثل الحالات هذه الحالات المدروسة لأنها غير مكلفة وآمنة.

COMMENT: There is now persuasive evidence that magnesium sulfate improves pulmonary function in patients with acute severe asthma. Contrary to some previous findings, magnesium was not associated with reduced hospital admission rates in this study. Nevertheless, an editorialist recommends intravenous magnesium for patients like those in this trial, in part because it is inexpensive and safe.



على وظيفة كلوية طبيعية تقريباً خلال 6 أشهر إلى 15 شهراً من المتابعة.

- توفي 5 مرضى خلال أسبوعين من إتمام الدراسة.
- أصيب مريض واحد بنقص عكوس في تروية العضلة القلبية أثناء تسريب النورأدرينالين.

الخلاصة: على الرغم من أن هذه الدراسة الرائدة لم تشمل أفراد شاهد غير معالجين، إلا أن النتائج تشير إلى أن استخدام النورأدرينالين يمكن أن يساعد على كسب الوقت لدى مرضى المتلازمة الكبدية الكلوية، وبذلك يمكن أن يفيد في الانتقال إلى الاغتراس في بعض الحالات. وتشير الدراسة إلى أن المعالجة الدوائية الفعالة التي طال انتظارها للمتلازمة الكبدية الكلوية وصلت أخيراً. ومع ذلك فإنه يجدر التأكد من هذه النتائج بدراسات مطبقة على مراكز أخرى.

COMMENT: Although this pilot study did not include untreated controls, the results suggest that noradrenalin can buy time for patients with HRS and, thus, can serve as a bridge to transplantation in some cases. Editorialists note that "the long-awaited effective pharmacologic therapy for HRS has finally arrived". However, before we become too optimistic, it would be nice to see these results duplicated at other centers.

هل يفيد التصوير الشعاعي بالمادة الظليلة في تشخيص انسداد الأمعاء الدقيقة؟ Is Contrast Radiography Helpful in Small Bowel Obstruction?

Ann Surg 2002 Jul;236:1-6, 7-8
Journal Watch 2002 Aug 1;22(15):118

خلفية الدراسة: يخضع للجراحة المرضى المصابون بانسداد الأمعاء الدقيقة نتيجة الالتصاقات عند الشك بوجود اختناق أو انسداد تام، وإلا فإنه تتم متابعة المريض بطريقة محافظة لبضعة أيام، ويتم إجراء مداخلة جراحية في حال عدم تحسنه. يمكن أن يكون إعطاء مادة ظليلة منحلة بالماء (مثل غاستروغرافين) مفيداً في التشخيص لدى مرضى منتخبين يتم تدبيرهم دوائياً. ويمكن أن يكون لهذه الأوساط أيضاً فوائد علاجية، فمثلاً يحرض الغاستروغرافين ذو الضغط الحلوي المرتفع (1900 mOsm/l) انتقال السوائل إلى داخل لمعة الأمعاء، مما يمكن أن يرفع ممال الضغط عبر الانسداد.

الخلاصة والتعليق: يجب تقييم هذه الموجودات في مجموعات مختلفة من مرضى التهاب الكبد C قبل استخدام هذه النماذج بشكل واسع. ومع ذلك، فإنه يمكن الاستفادة من مثل هذه النماذج عند التردد في إجراء خزعة الكبد.

COMMENT: Before these models are used widely, these findings should be validated in different populations of hepatitis C patients. Nevertheless, when there is indecision about proceeding with liver biopsy, clinicians and patients might find models like these to be helpful.

النورأدرينالين: معالجة حديثة للمتلازمة الكبدية الكلوية؟ Noradrenalin: A New Treatment for Hepatorenal Syndrome?

Hepatology 2002 Aug;36:374-80, 504-6
Journal Watch 2002 Sep 15;22(18):145

خلفية الدراسة: تحمل المتلازمة الكبدية الكلوية HRS إنذاراً سيئاً لدى مرضى الداء الكبدي المتقدم. وتشير الموجودات الحديثة إلى أن مشابهاً الفازوبريسين يمكن أن تكون ذات فعالية في معالجة هذا الداء.

هدف الدراسة: في دراسة فرنسية تم تسجيل موجودات حديثة ترتبط بالمعالجة بالنورأدرينالين لدى مرضى المتلازمة الكبدية الكلوية، حيث يفترض أن آلية التأثير تتم عن طريق عكس التوسع الوعائي الحشوي (وهو الصفة المميزة لهذه المتلازمة)، مما يؤدي إلى تحسن التروية الكلوية.

طريقة الدراسة: أدرج في الدراسة 12 مريضاً مصابين بالنمط الأول من المتلازمة الكبدية الكلوية (وهو الشكل المرتبط بالتراجع السريع للوظيفة الكلوية)، تمت معالجتهم بالتسريب المستمر للنورأدرينالين الوريدي (لمدة 10 أيام وسطياً) بمشاركة الألبومين والفوروزيميد.

النتائج:

- كان وسطي مستوى الكرياتينين المصلي عند بدء الدراسة 3.9 ملغ/دسل، ووسطي حجم البول 638 مل/24 ساعة.
- شوهد تراجع المتلازمة لدى 10 مرضى بعد 5 إلى 10 أيام من المعالجة.
- من بين المرضى الـ 12 الذين شملتهم الدراسة، خضع 3 مرضى لاغتراس كبد خلال الشهرين التاليين، وشوهدت بقيا مديدة لدى 4 من المرضى دون إجراء الاغتراس، مع المحافظة



طريقة الدراسة: في دراسة مستقبلية صممت لتحديد القيمة العلاجية للغاستروغرافين تم إدراج 124 مريضاً لديهم 139 عارضاً لانسداد الأمعاء الدقيقة نتيجة الالتصاق الذي يمكن أن يكون ناجماً عن جراحة بطنية سابقة.

خضع 3 مرضى لجراحة فورية لعلاج اختناق متوقع، بينما تم إجراء تدبير محافظ لـ 136 عارضاً آخر، وقد شوهد تحسن خلال 48 ساعة في حال 101 عارض.

أجري توزيع عشوائي للمرضى الـ 35 الذين لم تتحسن حالتهم خلال 48 ساعة لإجراء جراحة، أو تناول الغاستروغرافين بواسطة أنبوب أنفي معدي أتبع بسلسلة من الفحوص بالأشعة السينية التقليدية.

النتائج:

بين 19 مريضاً عولجوا بالغاستروغرافين، شوهد لدى 5 مرضى منهم انسداد تام وخضعوا للجراحة، بينما استمر المرضى الـ 14 الآخرون في تلقي التدبير المحافظ، هذا ولم يحتج أي منهم للجراحة.

الخلاصة والتعليق: تشير الدراسة إلى أن الغاستروغرافين يقلل من الحاجة إلى الجراحة لدى مرضى انسداد الأمعاء الدقيقة الناجم عن الالتصاق، ومع ذلك، فإنه يبقى من غير الواضح كون هذه القيمة تشخيصية (تشخيص المرضى المصابين بانسداد جزئي) أو علاجية. لا تشكل هذه الدراسة دليلاً قوياً يدعم التصوير الشعاعي التقليدي باستخدام الغاستروغرافين، بل يفضل استخدام التصوير المقطعي المبرمج في مثل هذه الإصابات.

COMMENT: These authors conclude that Gastrografin reduces the need for surgery in patients with adhesive small bowel obstruction. However, it remains unclear whether the value was diagnostic (i.e., patients without complete obstruction were identified) or therapeutic. An editorialist, unconvinced that this study makes a strong case for conventional radiography with Gastrografin, prefers abdominal CT in this setting.

التنظير الداخلي باستخدام المحفظة:

طريقة جديدة لكشف أمراض الأمعاء الدقيقة

Capsule Endoscopy:

A New Way to Detect Small Bowel Pathology

Gastroenterology 2002 Oct;123:999-1005, 1385-88
Journal Watch 2002 Dec 1;22(23):173

خلفية الدراسة: تسأل العديد من المرضى حديثاً عما إذا كانت

آلة التصوير التي تبثع يمكن أن تستخدم في سبر سرطان القولون، وعن إمكانية التنظير باستخدام جهاز تصوير بشكل محفظة، بحيث يقوم المريض بابتلاع محفظة دقيقة تجري تصويراً مستمراً لقناة الهضم وترسل الصور إلى وحدة استقبال يحملها المريض.

وعلى الرغم من عدم توفر هذه التقنية في الوقت الراهن لسبر سرطان القولون، إلا أنه تم ترخيصها مؤخراً من قبل منظمة الغذاء والدواء FDA لفحص الأمعاء الدقيقة.

المرضى وطريقة الدراسة: أجريت دراسة في إيطاليا لتقييم حالة 20 مريضاً تتوقع إصابتهم بأمراض في الأمعاء الدقيقة؛ وقد كان 13 مريضاً منهم مصابون بنزف هضمي خفي، و3 مرضى تتوقع إصابتهم بداء كرون.

خضع كل مريض للمتابعة باستخدام الباريوم وتنظير داخلي للأمعاء الدقيقة باستخدام المحفظة.

النتائج:

- شوهدت آفات لدى 3 مرضى عند المتابعة بالباريوم (حيث شوهدت لديهم عقد لفائفية).

- وعلى العكس، فقد كشف التنظير الداخلي باستخدام المحفظة خلل تنسج وعائي لدى 8 مرضى (وقد أدى هذا الخلل إلى نزف نشط لدى مريض واحد)، كما كشف وجود قرحات تشير إلى داء كرون لدى 3 مرضى، وسلائل (مرجلات) لدى 4 مرضى.

- كانت موجودات التنظير بالمحفظة تشخيصية لدى 9 مرضى (حيث فسرت الموجودات الأعراض والعلامات).

الخلاصة والتعليق: يمكن التنظير الداخلي باستخدام محفظة تصوير بشكل واضح من تشخيص أمراض الأمعاء الدقيقة التي يمكن ألا تظهر باستخدام الباريوم أو منظار الأمعاء بالدفع. ومع ذلك، فإنه لا يعرف في هذه الدراسة عدد الموجودات المسجلة المسؤولة فعلياً عن الأعراض لدى المريض، كما أنه من غير المعروف ما إذا كان التدبير والنتائج النهائية قد تغيرت لدى معظم المرضى.

COMMENT: Video-capsule endoscopy clearly can diagnose small bowel pathology that would escape detection by barium studies or push enteroscopy (i.e., use of a long endoscope). However, in this study, we don't know how many reported findings actually were responsible for patients' symptoms, and we don't know whether management and final outcomes changed for most patients.



■ أمراض عصبية

Neurology

دور شذوذ المشية

كمنى بالإصابة بعته غير داء ألزهايمر
Abnormality of Gait As a Predictor
of Non-Alzheimer DementiaVerghese J, et al.
N Engl J Med 2002;347:1761-8

خلفية الدراسة: تحدث الشذوذات العصبية التي تؤثر في المشية في وقت مبكر من العديد من أنماط العته الأخرى غير داء ألزهايمر، إلا أن أهميتها في التنبؤ بحدوث العته لم تحدد بعد. طريقة الدراسة: تم تحليل العلاقة بين حالة المشية العصبية عند البدء وحدوث العته في دراسة مستقبلية شملت 422 شخصاً تفوق أعمارهم 75 عاماً، غير مصابين بعته عند بدء الدراسة.

استخدم تحليل كوكس الراجع للخطورة النسبية لحساب معدلات الخطورة بعد ضبط العوامل المؤثرة الهامة السكانية والطبية والمعرفية.

النتائج:

- عند الإدراج في الدراسة شوهدت شذوذات عصبية في المشية من الأنماط التالية لدى 85 شخصاً: مشية غير مستقرة (31 شخصاً)، مشية أمامية (12 شخصاً)، مشية خزل شقي (11 شخصاً)، مشية داء عصبي (11 شخصاً)، مشية رنحية (10 أشخاص)، مشية داء باركنسون (8 أشخاص)، مشية تشنجية (شخصين).

- خلال فترة المتابعة (6.6 أعوام وسطياً) شوهدت 125 حالة عته حديثة التشخيص، منه 70 حالة داء ألزهايمر، و55 حالة عته غير داء ألزهايمر (47 حالة عته وعائي، و8 حالات شملت أنماط عته أخرى).

- كانت خطورة الإصابة بعته أعلى لدى الأشخاص المصابين بشذوذات مشية عصبية (معدل الخطورة = 1.96)، حيث ارتفعت لديهم خطورة الإصابة بعته غير داء ألزهايمر (معدل الخطورة = 3.51) وليس عته ألزهايمر (معدل الخطورة = 1.07).

- من بين أنماط العته عدا داء ألزهايمر، كان شذوذ المشية منبئاً بحدوث عته وعائي (معدل الخطورة = 3.46).

- من بين أنماط المشية الشاذة، كانت المشية غير المستقرة منبئة بالعته الوعائي (معدل الخطورة = 2.61)، وكذلك كانت المشية

الجبهية (معدل الخطورة 4.32)، ومشية الخزل الشقي (معدل الخطورة 13.13).

الخلاصة: إن وجود شذوذات مشية عصبية لدى الأشخاص المسنين غير المصابين بالعته في الأساس هو منبئ هام بخطورة الإصابة به، وبخاصة عته غير داء ألزهايمر.

CONCLUSION: The presence of neurologic gait abnormalities in elderly persons without dementia at base line is a significant predictor of the risk of development of dementia, especially non-Alzheimer's dementia.

تأثير الأنزيم المساعد Q10 في داء باركنسون المبكر:

دليل على تأخير التراجع الوظيفي

Effects of Coenzyme Q10
in Early Parkinson Disease:

Evidence of Slowing of the Functional Decline

Shults CW, et al.
Arch Neurol 2002 Oct;59(10):1541-50

خلفية الدراسة: داء باركنسون PD هو داء عصبي تنكسي لم تظهر أية معالجة قدرتها على إبطاء ترقبه.

هدف الدراسة: تحديد أمان وتحمل وفعالية مجموعة من جرعات الأنزيم المساعد Q10 في إبطاء التراجع الوظيفي في داء باركنسون.

طريقة الدراسة: دراسة عشوائية ثنائية التعمية عديدة المراكز، متوازنة المجموعات ومتراوحة الجرعات، مقارنة بالدواء الموهوم.

مكان الدراسة: عيادات أكاديمية لعلاج اضطرابات الحركة. المجموعة المدروسة: 80 مريضاً مصاباً بداء باركنسون مبكر، حيث لم تتطلب حالة العجز لديهم تناول معالجة.

المدخلة: توزيع عشوائي لتناول الدواء الموهوم أو الأنزيم المساعد Q10 بجرعة 300 ملغ، أو 600 ملغ، أو 1200 ملغ يومياً.

معايير الموجودات الرئيسية: تم تقييم حالة المرضى باستخدام المقياس الموحد لدرجة الإصابة بداء باركنسون UPDRS عند السبر، وفي بدء الدراسة، وفي المراجعة بعد شهر واحد و4 أشهر و8 أشهر و12 شهراً و16 شهراً.

جرت متابعة المرضى لمدة 16 شهراً أو إلى أن تتطور حالة العجز بحيث تتطلب معالجة باستخدام الليفودوبا.

كان متغير الاستجابة الأولي هو التغير في النتيجة الكلية بمقياس UPDRS اعتباراً من البداية وحتى المراجعة الأخيرة.



النتائج:

العين IOP. تهدف الدراسة إلى بحث فعالية معالجة ارتفاع ضغط داخل العين في الوقاية من أو تأخير الإصابة بالزرق. طريقة الدراسة: في دراسة عديدة المراكز أجريت في الولايات المتحدة طبقت على 1636 مريضاً مصابين بـ IOP من 24-32 ملم ز، دون تلف ناجم عن الزرق. وزعوا بطريقة عشوائية إلى مجموعة معالجة طبقت خافض ضغط عيني موضعي (الخفض IOP بنسبة 20% على الأقل للحصول على IOP >24 ملم ز)، وإلى مجموعة شاهد لم تتلق أية معالجة. كانت النتيجة الأولية حدوث اضطرابات في حقل الرؤية أو تلف القرص البصري.

النتائج:

- خلال 5 أعوام، كانت إمكانية تحقيق هذه النتيجة أقل بشكل هام في مجموعة المعالجة مقارنة بمجموعة الشاهد (4.4% مقابل 9.5%).

- في تحليل للمتغيرات وجد في مقال مرافق أنه قد أدت عدة عوامل توفرت في البداية إلى التنبؤ بحدوث الزرق شملت التقدم في العمر، وارتفاع IOP، ونقص سماكة القرنية. الخلاصة والتعليق: يشير الفرق المطلق في الموجودات بنسبة 5% المسجل في هذه الدراسة إلى أن مريض واحد من بين كل 20 مريضاً يمكن أن يستفيد خلال 5 أعوام من المعالجة. ولتحديد المرضى الذين يمكن أن يستفيدوا من المعالجة المبكرة لارتفاع ضغط داخل العين يجب إجراء مزيد من الدراسات.

COMMENT: The 5% absolute difference in outcomes reported in this study suggests that 1 of 20 patients would benefit during 5 years of treatment. The editorialist hopes that information from this study will be combined with data from other trials, in such a way as to help us select those patients most likely to benefit from early treatment of elevated IOP.

- كان وسطي تغيرات UPDRS الكلية المضبوط +11.99 في مجموعة الدواء الموهم، و+8.81 في مجموعة الجرعة 300 ملغ/يوم، و+10.82 في مجموعة الجرعة 600 ملغ/يوم، و+6.69 في مجموعة الجرعة 1200 ملغ/يوم.

- كانت قيمة P للتحليل الأولي - وهي اختبار العلاقة الخطية بين الجرعة ووسطي التبدل في نتيجة UPDRS الكلية - 0.09، وهي تطابق المعايير ما قبل النوعية للعلاقة الإيجابية للدراسة.

- كان التحليل الثانوي ما قبل النوعي هو مقارنة كل مجموعة معالجة بمجموعة الدواء الموهم، وقد شوهد اختلاف هام بين مجموعة الجرعة 1200 ملغ/يوم ومجموعة الدواء الموهم (P=0.04).

الخلاصة: كان الأنزيم المساعد Q10 آمناً وجيد التحمل بجرعة تصل حتى 1200 ملغ يومياً. وقد كان تطور العجز أقل لدى المرضى الذين تناولوا الأنزيم المساعد Q10 مقارنة بالمرضى الذين تناولوا الدواء الموهم، وكانت الفائدة أكبر في حال الجرعة الأكبر. ويبدو أن لهذا الأنزيم المساعد القدرة على إبطاء التراجع الوظيفي المترقي في داء باركنسون، إلا أن هذه النتائج بحاجة إلى التأكيد في دراسة أوسع.

CONCLUSION: Coenzyme Q10 was safe and well tolerated at dosages of up to 1200 mg/d. Less disability developed in subjects assigned to coenzyme Q10 than in those assigned to placebo, and the benefit was greatest in subjects receiving the highest dosage. Coenzyme Q10 appears to slow the progressive deterioration of function in PD, but these results need to be confirmed in a larger study.

■ أمراض نسائية وتوليد Gynecology & Obstetrics

المعالجة الهرمونية التعويضية: الحذر عند استخدامها Hormone Replacement Therapy: Use With Caution

Journal Watch 2003 Jan 1;23(1):4

أدت نتائج دراستين سريريتين مستقبليتين كبيرتين نشرت هذا العام إلى تحول جذري في طريقة استخدام المعالجة الهرمونية التعويضية لدى الإناث ما بعد الضمى.

■ طب عيون Ophthalmology

هل تقي معالجة ارتفاع الضغط داخل العين من الزرق؟ Does Treatment of Elevated Intraocular Pressure Prevent Glaucoma?

Arch Ophthalmol 2002 Jun;120:701-13, 714-20, 829-30
Journal Watch 2002 Aug 1;22(15):115

خلفية وهدف الدراسة: ترتفع خطورة الإصابة بالزرق الأولي المفتوح الزاوية لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط داخل



وتثبتت هذه البيانات وجوب استخدام المعالجة الهرمونية التعويضية مبدئياً في الوقاية القصيرة الأمد من أعراض الحركية الوعائية أو الانزعاج الفرجي المهبلي. كما يمكن أن تساعد هذه المعالجة في الوقاية من تداخل العظام لدى بعض الإناث. وعلى الرغم من أن بعض نسب الخطورة هنا تتطابق مع تلك الناتجة عن دراسات سابقة قائمة على المشاهدة وعلى تحليل المتغيرات، إلا أن نتائج هذه الدراسات العشوائية تقدم دليلاً مقنعاً على وجوب عدم استخدام المعالجة الهرمونية التعويضية المديدة عشوائياً لدى أعداد كبيرة من النساء في سن ما بعد الضهى.

هل العلاج الدوائي لفقدان الحمل

هو علاج معقول

Is It Reasonable to Treat Miscarriages Medically?

Am J Obstet Gynecol 2002 Aug; 187:321-6
Journal Watch 2002 Nov 1; 22 (21)

خلفية الدراسة: يقدر حدوث فقدان لنتاج الحمل في حوالي 25-50% من كافة حالات الحمل، وتعالج أغلب حالات فقدان الحمل بالتوسيع مع التجريف.

هدف الدراسة: حاول مستقوصون في الولايات المتحدة تحديد إذا ما كانت المعالجة الدوائية بالميسوبروستول misoprostol (مشابه للبروستاغلاندينات E1) داخل المهبل هي معالجة منطقية بديلة عن التوسيع مع التجريف.

المجموعة المدروسة: ضمت 50 امرأة (18-50 سنة) لديهن فقدان حمل داخل الرحم بشكل مثبت قبل الأسبوع 12.

طريقة الدراسة: خضعت النسوة عشوائياً لتلقي إما ميسوبروستول داخل المهبل 800 مكغ (25 مريضة) أو التوسيع والتجريف (25 مريضة). تمت مشاهدة مريضات المعالجة الدوائية في الساعات 24 و48 بعد تلقي الجرعة الأولى، وأعيد إعطاء الميسوبروستول عندما أظهر تصوير فوق الصوت نسيج حمل متشبث بالرحم. واعتبرت المعالجة الدوائية فاشلة في حال وجود نسيج متبق في الساعة 72 بعد الجرعة الأولى، فأجري التوسيع مع التجريف.

النتائج: كان التخلص من محصول الحمل ناجحاً لدى 15 من 25 امرأة (60%) في المجموعة الدوائية دون التوسيع مع التجريف، وقد عانت 12 من نساء المعالجة الدوائية من الغثيان.

أجري لدى 23 امرأة في المجموعة الجراحية توسيع مع التجريف بشكل ناجح، فلم تحتج اثنتان للجراحة بسبب فقدان

في دراسة القلب والمعالجة التعويضية بالأسروجين/ بروجستين HERS، أجري توزيع عشوائي لحوالي 2800 أنثى وسطي أعمارهن 67 عاماً، مصابات بداء قلبي إكليلي موثق (CHD)، لتناول الأسروجينات المقترنة (0.625 ملغ يومياً) بمشاركة الميديروكسي بروجسترون أستات (2.5 ملغ يومياً، أو الدواء الموهم. وفي عام 1998، نشرت موجودات 4 أعوام من الجزء الثنائي التعمية من الدراسة، وفي هذا العام تم تسجيل بيانات إضافية شملت 2.7 أعوام من المتابعة غير المعماة. وجد أن المعالجة الهرمونية التعويضية لم تخفف خطورة الإصابات القلبية الوعائية، ولم تخفف من النسبة الكلية للإصابة بكسور أو سرطان أو وفاة، وقد أدت هذه المعالجة إلى زيادة هامة في نسبة حدوث انصمام خثاري وريدي، وزادت من نسبة إجراء جراحة للطرق الصفراوية. وتبين النتائج أن المعالجة الهرمونية التعويضية لم تستطع في الوقاية الثانوية من الداء القلبي الإكليلي.

في مبادرة الصحة النسائية، تم توزيع ما يزيد على 16000 أنثى (وسطي أعمارهن 63 عاماً) بطريقة عشوائية لتناول نظام المعالجة الهرمونية التعويضية ذاته المستخدم في الـHERS، أو الدواء الموهم.

تم التخطيط للمتابعة لمدة 8.5 أعوام، إلا أنه بسبب خطورة الإصابة بسرطان ثدي غازي لدى إناث مجموعة المعالجة الهرمونية (نسبة الخطورة 1.26) التي فاقت الحد المقرر للتوقف عن المعالجة، وبسبب الخطورة الكلية التي ارتبطت بهذه المعالجة والتي فاقت الفوائد الناجمة عنها، أوقفت الدراسة بعد 5.2 أعوام وسطياً.

أدت المعالجة الهرمونية التعويضية إلى ارتفاع هام في خطورة الإصابة بداء قلبي إكليلي (نسبة الخطورة 1.29)، وسكتة (نسبة الخطورة 1.41)، وانصمام رئوي (نسبة الخطورة 2.13)، وإلى انخفاض هام في خطورة الإصابة بكسور وركية (نسبة الخطورة 0.66)، وسرطان القولون والمستقيم (نسبة الخطورة 0.63). إن نسب الخطورة هذه بسيطة ولكنها حقيقية لدى الإناث اللواتي يتناولن معالجة هرمونية تعويضية مركبة.

كانت خطورة الإصابة بانصمام خثاري أعلى خلال العامين الأولين من تناول المعالجة الهرمونية، بينما لم تظهر خطورة الإصابة بسرطان ثدي غازي إلا بعد 4 أعوام من تناول المعالجة.



- أظهرت نتائج تجربتين صغيرتين بعض الأدلة على فعالية DNCB (دي نترو كلوروبنزن) وهو محسس بالتماس.
- في 5 دراسات، لم يكن هناك دليل قوي على فعالية البليومايسين bleomycin داخل الآفة.
- أظهرت نتائج 4 دراسات مستويات مختلفة من النجاح عند تطبيق أنواع مختلفة من المعالجة الحركية الضوئية.
الخلاصة: النتيجة الهامة المستنتجة من هذه الدراسة في الأدب الطبي أنه من الصعب تحديد المعالجة الأفضل للتآليل الفيروسية الجلدية، وهذا يشير إلى محدودية الدراسات التي أجريت. ويبدو أن حمض الساليسيليك هو المعالجة المعقولة المطبقة بالخط الأول، كما أن هناك دليلاً على فعالية DNCB أيضاً، بينما لم تتضح بعد قيمة المعالجة القرية.

COMMENT: The major lesson from this review is that it is hard to determine which therapy is best for cutaneous viral warts, given the limitations of the studies that have been performed. Salicylic acid appears to be a reasonable first-line therapy, and DNCB also shows evidence for efficacy. The value of cryotherapy remains to be determined.

■ (أمراض جراحية)

Surgical Diseases

تدبير انتقاب المري الناجم عن الإجراءات الطبية

Management of Iatrogenous Esophagus Perforation

Tomaselli F, et al.
Thorac Cardio Surg 2002; 50:168-73

هدف الدراسة: ما يزال تدبير مريض انتقاب المري الناتج عن الإجراءات الطبية يشكل تحدياً ومثار جدل يواجهه الطبيب، وقد تمت مراجعة استطببات ومراضة ووفيات استئصال المري، مقارنة مع علاجات أخرى أقل رضاً.

المرضى وطرق الدراسة: تمت مراجعة سجلات 38 مريضاً أصيبوا بتمزق مري طبي المنشأ، عولجوا خلال السنوات العشر الماضية.

النتائج:

- شخص انتان شديد لدى 17 مريضاً؛ فعولج 14 مريضاً منهم باستئصال المري، اتبع بترميم أولي أو ثانوي. بلغت نسبة الوفيات 28,6% (4 وفيات لكل 14 مريضاً). وقد تبين وجود

الحمل العفوي التام قبل العمل الجراحي، بينما أجري لدى امرأة واحدة شق بطن بسبب انتقاب الرحم.

لم تختلف المجموعتان فيما يخص انخفاض الهيماتوكريت أو في الوقت اللازم من أجل الوصول إلى نتائج سلبية لاختبار hCG المصلي.

الخلاصة والتعليق: بسبب صغر حجم هذه الدراسة، قد تكون نتائجها عرضة لخطأ معتبر، وعلى كل، فهذه واحدة فقط من عدة دراسات صغيرة تم إجراؤها مؤخراً ونتائجها تشير إلى كون العلاج الدوائي لفقدان الحمل الباكر قابل للتطبيق. وهناك أمل بمعرفة نتائج تجارب أكبر.

COMMENT: Because of the small size of this study, its results might be subject to considerable error, however, it is only one of several recent small studies that suggest that medical treatment of early pregnancy losses is feasible. It is to be hoped that we will see a large trial soon.

■ (أمراض جلدية)

Dermatology

ما هو أفضل علاج موضعي للتآليل؟

What Is the Best Local Therapy for Warts?

Journal Watch 2002 Nov 1; 22 (21)

رغم أن التآليل الفيروسية هي عادةً محددة ذاتياً وسليمة، لكن غالباً ما يكون هنالك دافع لعلاجها بأية طريقة. وهناك عدة علاجات موضعية متاحة، لكن الفعالية النسبية لها غير مؤكدة. ألقى الباحثون نظرة منهجية على الأدب الطبي لتقييم فعالية المعالجات الموضعية المتنوعة للتآليل غير المختلطة، فوجد أنه من 50 دراسة موجهة عشوائية، كانت اثنتان فقط ذات النوعية العالية، وتم استنتاج ما يلي:

- أظهرت 6 دراسات أن معدل الشفاء أعلى وبشكل واضح عند المعالجة بـ حمض الساليسيليك الموضعي بالمقارنة مع الدواء الموهم (75% مقابل 48%).

- أظهرت دراستان أنه لم يكن للمعالجة القرية (بالتبريد) تأثير أكبر بالمقارنة مع الدواء الموهم أو عدم إعطاء علاج. بينما أظهرت دراستان أنه لم تكن هذه المعالجة أكثر فعالية من حمض الساليسيليك.



أجري التحليل الإحصائي بواسطة فحوص chi-squared لبيان الفروق بين المجموعات.

النتائج:

- تلقت 833 امرأة مجموعة الأسئلة، فأجابت 667 منهن عن السؤال حول وجود سلس البول في العائلة. وقُسمت هذه المجموعة الأخيرة (667 امرأة) إلى 3 مجموعات: المجموعة الأولى تضم 441 امرأة مصابة بالسلس من المركز الطبي الأول، و المجموعة الثانية تضم 112 امرأة سليمة من المركز الطبي الأول، والمجموعة الثالثة تضم 114 امرأة سليمة من المركز الطبي الثاني.

- كانت نسبة اللواتي لديهن قريب واحد على الأقل لديه سلس بول هي 34.9% في المجموعة الأولى، و 16.1% في المجموعة الثانية، و 5.3% في المجموعة الثالثة. وقد كان الاختلاف واضحاً إحصائياً.

- بالمقارنة بين المجموعتين 1 و 2، زاد احتمال وجود قريب واحد على الأقل لديه سلس بول بقدر 2.6 مرة للنساء المصابات به.

- بالمقارنة بين المجموعتين 1 و 3، كان الاحتمال أكبر بقدر 9.6 مرة.

الخلاصة: في مجموعة الدراسة هذه، أدى وجود نساء مصابات بسلس البول إلى ازدياد احتمال وجود قريب واحد على الأقل في العائلة مصاب به، مقارنة مع النساء السليمات.

CONCLUSION: In our study population, women with urinary incontinence were more likely to have at least 1 family member also with incontinence when compared with women who were continent.

■ (أمراض عظمية- مفصلية)

Rheumatology & Orthopedics

معايير مميزة لتخطيط الصدى

في تشخيص متلازمة نفق الرسغ

Discriminatory Sonographic Criteria for the Diagnosis of Carpal Tunnel Syndrome

Arthritis Rheum 2002 Jul; 46(7): 1914- 21

هدف الدراسة: تم اقتراح اختبار تخطيط الصدى للعصب الناصف كدراسة نافعة بديلة عن الدراسة الكهربائية الفيزيولوجية

إصابة مريئية كبرى لدى كل المرضى الذين عولجوا بهذه الطريقة. المرضى الثلاثة الباقيين عولجوا معاجة محافظة.

- كان عدد المرضى في المجموعة التي لم يتطور لديها انتان وعولجت بالخياطة المباشرة 21 مريضاً، وبلغ معدل الوفيات لديهم 4,8% (وفاة واحدة بين 21 مريضاً). وقد كشفت إصابة كبرى مسبقة في المري عند 13 مريضاً منهم.

الخلاصة: إن خطة الإصلاح الأولي لأذيات المري الطبية المنشأ يجب أن تقتصر على المرضى المصابين بأفات مريئية بسيطة أو ذوي المري السليم، ويشترط غياب انتان شديد كالتهاب المنصف. ويجرى في حالات الانتان الشديد الناتجة عن انتقاب المري الطبي المنشأ استئصال مري حين يكون ذلك ممكناً من الناحية التشريحية والورمية.

CONCLUSION: The strategy of primary repair for iatrogenous esophageal injury should only be adopted in patients with minor or without intrinsic esophageal disease, and in the absence of severe sepsis suggesting mediastinitis. Severe sepsis following iatrogenous esophageal trauma should prompt the decision for esophageal where anatomically and or oncologically possible.

■ (أمراض الجهاز البولي)

Urology

الحدوث العائلي لسلس البول

Familial Incidence of Urinary Incontinence

Elia G, et al.
AM J Obstet Gynecol 2002 Jul;187(1):53-5

هدف الدراسة: تقييم إذا ما كان سلس البول أكثر شيوعاً في أفراد عائلة النساء المصابات، بالمقارنة مع النساء السليمات.

طريقة الدراسة: تلقت النسوة اللواتي تم فحصهن في مركزين طبيين خارجيين لأكثر من فترة سنتين مجموعة أسئلة غطت عدة مواضيع اجتماعية وسلوكية وطبية. وسُئل أيضاً عن وجود شخص بالعائلة لديه سلس بول وعن درجة القرابة معه.

استبعدت بعض النسوة بسبب: عدم وجود الأهلية العقلية، أو صعوبة فهم اللغة الإنجليزية المكتوبة، أو وجود قصة سرطان مثانة أو اعتلال أعصاب خلقي أو مكتسب.



هاريسون لمبادئ الطب الداخلي تنص على أن لمثل هذه الإجراءات تأثيراً موهماً كبيراً، وأنه لم تسجل بعد نتائج دراسات تشتمل على مجموعة شاهد طبقت عليها إجراءات موهمة. أما الآن فقد أجريت هذه الدراسة.

طريقة الدراسة: أجريت دراسة في الولايات المتحدة على 180 مريضاً مصابين بعضال عظمي في مفصل الركبة مع ألم متوسط -بالرغم من معالجة دوائية قصوى- وزعوا عشوائياً إلى 3 مجموعات: مجموعة الغسل بتنظير المفصل، ومجموعة الغسل بتنظير المفصل بالإضافة إلى الإنضار، ومجموعة الإجراءات الموهمة تم فيه إجراء 3 شقوق لتنظير المفصل إلا أنه لم يدخل إليه أية أجهزة.

كانت مجموعة المعالجة معمة على المرضى والباحثين الذين قاموا بتقييم الموجودات.

النتائج:
- في تقييم متتال لعامين من المتابعة، لم تشاهد اختلافات هامة بين المجموعات في نتائج الألم أو الوظيفة الفيزيائية.
الخلاصة والتعليق: تعطي هذه النتائج مؤشراً قوياً على أن الغسل والإنضار بتنظير المفصل غير فعالين في علاج معظم حالات التهاب مفصل الركبة التنكسي. وباستخدام هذه الدراسة كمثال، بحثت الناحية الأخلاقية في إجراء جراحة موهمة، فوجد أنه لا بأس بذلك طالما كانت الخطورة منخفضة وكان البحث هاماً، مع الحصول على موافقة الأشخاص الخاضعين للدراسة.

COMMENT: These results strongly suggest that arthroscopic lavage and debridement are ineffective for most patients with knee osteoarthritis. Using this study as an example, essayists in this issue of the New England Journal of Medicine discuss the ethics of placebo surgery; they conclude that placebo-surgery controls are permissible as long as risks are minimized, the research question is important, and subjects provide meaningful informed consent.

مقارنة كزيميلاغارتان بالوارفرين في الوقاية من الانصمام الخثاري الوريدي بعد التصنيع (الرأب) التام لمفصل الركبة:

دراسة عشوائية ثنائية التعمية

**Ximelagartan Versus Warfarin
for the Prevention of Venous Thromboembolism
After Total Knee Arthroplasty:
A Randomized, Double-Blind Trial**

Charles W. Francis, et al.
Ann Intern Med 2002;137:648-655

في تشخيص متلازمة نفق الرسغ. لتحديد فوائد هذا الاختبار والمعيار التشخيصي الأفضل، قورن تخطيط الصدى لمرضى مصابين بهذه المتلازمة مع مثيله لدى أصحاء، وذلك في دراسة حالات مقارنة.

طريقة الدراسة: أدرج في الدراسة مجموعة من المصابين بمتلازمة نفق الرسغ مع مجموعة شاهد، وتمت ملائمة المجموعتين من حيث العمر والجنس، ثم خضعت المجموعتان لتخطيط صدى الرسغ. وحلت 8 معايير منفصلة لتخطيط الصدى في كل رسغ، وقورنت المعطيات من المجموعتين من أجل إثبات المعيار التشخيصي النموذجي لمتلازمة نفق الرسغ، وذلك باستخدام تقنيات تحليلية نوعية بواسطة جهاز مستقبل.

النتائج:

- ضمت الدراسة 35 مريضاً لديهم متلازمة نفق الرسغ ومجموعة شاهد ضمت 35 شخصاً غير عرضيين.
- إن ازدياد مساحة المقطع العرضي للعصب المتوسط (الناصف) كانت المقياس الأكثر تنبؤاً بمتلازمة نفق الرسغ، بقياسها قريباً من مدخل النفق وضمنه وفي مخرج النفق. وقد وجدت فروق واضحة بين المرضى ومجموعة الشاهد.
باستخدام منحنى تحليلي نوعي، وجد للقيمة التي تزيد عن 0.098 سم² حساسية تشخيصية تبلغ 89% ونوعية تبلغ 83%.
الخلاصة: إن قياس تخطيط الصدى لمساحة مقطع عرضي للعصب المتوسط (الناصف) هو إجراء حساس ونوعي لتشخيص متلازمة نفق الرسغ.

CONCLUSION: Sonographic measurement of the median nerve cross-sectional area is both sensitive and specific for the diagnosis of carpal tunnel syndrome.

**الجراحة بواسطة تنظير المفصل تبدو غير فعالة
في علاج التهاب مفصل الركبة التنكسي (العضال العظمي)
Arthroscopic Surgery Likely Not Effective
for Knee Osteoarthritis**

N Engl J Med 2002 Jul 11;347:81-8, 137-9
Journal Watch 2002 Aug 1;22(15):115-6

خلفية الدراسة: يتكرر إجراء الغسل والإنضار باستخدام تنظير المفصل لعلاج مرضى التهاب مفصل الركبة التنكسي (العضال العظمي) لمفصل الركبة) ذي الأعراض المعقدة على المعالجة الدوائية. ومع ذلك، فإنه لم تتم دراسة هذه الإجراءات بدقة في دراسات موجهة. وفي الواقع فإن طبعة عام 2001 من كتاب



- لم يشاهد اختلاف هام في المتغيرات المرتبطة بالنزف بين المجموعتين.

الخلاصة: للوقاية من الانصمام الخثاري الوريدي، يتم تحمل الكزيميلاغارتان بشكل جيد عند إعطائه بجرعة ثابتة تبدأ منذ صباح اليوم التالي لتصنيع (رأب) مفصل الركبة، وهو ذو فعالية مماثلة كحد أدنى لفعالية الوارفارين، إلا أنه لا يتطلب مراقبة التخثر أو ضبط الجرعة.

CONCLUSION: For prophylaxis of venous thromboembolism, fixed-dose ximelagartan started the morning after total knee arthroplasty is well tolerated and at least as effective as warfarin, but it does not require coagulation monitoring or dose adjustment.

■ أورام Oncology

لقاح لسرطان عنق الرحم؟ A Cervical Cancer Vaccine?

Journal Watch 2003 Jan 1;23(1):5

إن سرطان عنق الرحم هو السبب الثاني للوفيات بالسرطان لدى الإناث في جميع أنحاء العالم، وخاصة لدى الإناث الفقيرات في الدول المتقدمة والإناث في الدول النامية، حيث لا يتم الالتزام بإجراء لطاخة عنق دورية.

وتقدم نتائج دراسة واسعة مصممة بعناية دليلاً مقنعاً على إمكانية خفض نسبة الإصابة بسرطان عنق الرحم باستخدام لقاح طور حديثاً، حيث يرتبط هذا الورم عادة بـخمج الحمة الحليمية الإنسانية HPV. وتتواجد سلالة واحدة هي HPV-16 في 50% من الحالات تقريباً، وترتفع خطورة الإصابة بورم عنق الرحم بصورة خاصة لدى الإناث المصابات بـخمج HPV-16 مستمر. وفي دراسة عديدة المراكز ممولة صناعياً في الولايات المتحدة أجري توزيع عشوائي لـ2392 أنثى شابة لتناول 3 جرعات من اللقاح العضلي الذي يحوي أجزاء مشابهة لفيروس HPV-16 (وليس الفيروس الحي)، أو لتناول الدواء الموهوم.

النتائج:

- عند إجراء التمنيع، كانت 36% من الإناث قد أصبن لتوهن بـخمج HPV-16، بينما لم تصب 64% منهن.

خلفية الدراسة: يستخدم الوارفارين في الوقاية من الانصمام الخثاري الوريدي لدى المرضى الخاضعين لتصنيع (رأب) تام لمفصل الركبة. ومع ذلك، فإنه يرتبط بحدوث خثار وريدي عميق DVT بنسبة 38% إلى 55% تقريباً، ويتطلب مراقبة تخثر روتينية وضبط مكرر للجرعة. وقد أظهر كزيميلاغارتان -وهو مثبط فموي مباشر للثرومبين- فعالية واعدة وقابلية تحمل لدى المرضى الخاضعين لتصنيع (رأب) تام للركبة أو الورك.

هدف الدراسة: مقارنة فعالية وأمان الكزيميلاغارتان والوارفارين في الوقاية من الانصمام الخثاري الوريدي بعد إجراء تصنيع تام للركبة.

طريقة الدراسة: دراسة عشوائية، ثنائية التعمية، متوازية المجموعات.

مكان الدراسة: 74 مشفى في أمريكا الشمالية.
المجموعة المدروسة: 680 مريضاً أجريت لهم عملية تصنيع تام لمفصل الركبة.

المداخلة: معالجة بالكزيميلاغارتان الفموي لمدة تراوحت بين 7 أيام و12 يوماً، بجرعة 24 ملغ مرتين يومياً بدأت من صباح اليوم التالي للجراحة، أو بالوارفارين حيث أن النسبة العالمية المستهدفة هي 2.5 (بين 1.8 و3.0) بدأت مساء يوم المداخلة الجراحية.

المعايير: كانت نقاط النهاية الرئيسية هي الإصابة بخثار وريدي عميق غير مترافق بأعراض بالتصوير الوريدي الإلزامي، والإصابة بخثار وريدي عميق مترافق بأعراض مثبت بالتصوير الوعائي بفوق الصدى أو بالتصوير الوريدي، وانصمام رئوي مثبت موضوعياً، والنزف. تم تقييم جميع الحالات بطريقة معماة، محلياً، وفي مخبر مركزي للدراسة.

النتائج:

- في التقييم المركزي، كانت نسبة حدوث انصمام خثاري وريدي هي 19.2% (53 من 276 مريضاً) في مجموعة الكزيميلاغارتان، و25.7% (67 من 261 مريضاً) في مجموعة الوارفارين (بفارق 6.5%).

- بالتقييم المحلي، كانت نسبة الحدوث 25.4% في مجموعة الكزيميلاغارتان، و33.5% في مجموعة الوارفارين.

- في كل من مجموعة الكزيميلاغارتان ومجموعة الوارفارين، على التوالي، شوهذ نزف هام لدى 1.7% و0.9% من المرضى، ونزف بسيط لدى 7.8% و6.4% منهم.



- بعد فترة متابعة بلغت 17.4 شهراً وسطياً، لم يحدث خمج مستمر لدى أي من الإناث في مجموعة اللقاح، بينما بلغت نسبة الإصابة في مجموعة الدواء الموه 3.8 حالات لكل 100 أنثى في العام.

- شوهدت 9 حالات لتكون ورم داخل البشرة في عنق الرحم ناجم عن فيروس HPV-16، جميعها في مجموعة الدواء الموه.

- بين الإناث اللواتي أصبن بخرج HPV-16 عند بدء الدراسة، كانت نسبة الخمج المستمر 0.6 و 6.3 حالات لكل 100 أنثى في العام في كل من مجموعة اللقاح ومجموعة الدواء الموه، على التوالي.

- لم تسجل تأثيرات جانبية هامة ناجمة عن اللقاح.

إن التساؤل حول كون اللقاح تجاه HPV-16 سيخفف من عبء الإصابة بسرطان عنق الرحم يمكن أن تجيب عليه هذه النتائج التي تقدم دليلاً مقنعاً على أن هذا اللقاح الجديد يمكن أن يقي بشكل تام تقريباً من خمج HPV-16 المستمر ومن الشروط السابقة لتكون الورم التي يسببها مثل هذا الخمج. ويمكن تأكيد هذه النتائج بدراسات أوسع ولفترات أطول.

هناك لقاح آخر ضد فيروس مسبب للورم هو فيروس التهاب الكبد ب، يقوم بخفض خطورة الإصابة بسرطان الكبد بشكل هام، فإذا شمل لقاح HPV-16 أورام تتجم عن أنماط أخرى من HPV عندها يمكن الحصول على تأثير وقائي أكبر، ولكن لم تصل الدراسات بعد إلى هذه النقطة، إلا أن هذه الدراسة يمكن أن تنهي كون سرطان عنق الرحم قاتل شائع.

المطلوب استراتيجيات جديدة

لسبر سرطان الثدي

New Strategies Needed for Breast Cancer Screening

Journal Watch 2003 Jan 1;23(1):5

أسهمت التقارير المنشورة في العام الماضي في زيادة الشكوك حول أهمية سبر سرطان الثدي. وفي تحليل للمتغيرات طبق على 7 دراسات عشوائية أجريت للمقارنة بين تصوير الثدي وعدم سبر هذا السرطان لم تشاهد دراسات عالية النوعية ووجدت دراستان فقط ذات نوعية متوسطة، وفي هاتين الدراستين كانت الخطورة النسبية لوفيات سرطان الثدي تعادل 1.0 بعد 13 عاماً. ومع ذلك فقد قامت مؤسسة الخدمات الوقائية في الولايات المتحدة USPSTF بمراجعة 8 دراسات فلم تجد انخفاضاً هاماً في وفيات

سرطان الثدي لدى الإناث الأصغر سناً اللواتي خضعن للسبر (تراوحت أعمارهن بين 40 و 49 عاماً)، بينما شوهد انخفاض هام في نسبة الوفيات لدى الإناث الأكبر سناً (≥ 50 عاماً).

وفي دراسة كندية صممت خصيصاً لاختبار فعالية سبر سرطان الثدي (الفحص السريري للثدي، والتوصية بفحص الثدي ذاتياً BSE، والتصوير السنوي) لدى إناث تراوحت أعمارهن بين 40 و 49 عاماً، لم يشاهد انخفاض هام في نسبة الوفيات خلال 13 عاماً من المتابعة.

وتوصي USPSTF الآن بإجراء المسح بتصوير الثدي كل عام واحد إلى عامين لدى الإناث اللواتي تبلغ أعمارهن 40 عاماً على الأقل، فقد وجد أن السن الذي يبدأ عنده القيام بتصوير الثدي يجب أن يعتمد إلى حد ما على ما تفضله المريضة، وذلك لأن الفائدة المطلقة كانت أقل بكثير لدى الإناث الأصغر سناً.

وأما عن الفحص الذاتي للثدي فقد أجريت دراسة عشوائية واسعة في الصين لمقارنة التوصية بإجراء فحص ذاتي للثدي لدى إناث بعمر 30 عاماً على الأقل (بلغ عمر حوالي ثلثي عدد الإناث 40 عاماً أو أكثر)، لم يخضع معظمهن لفحص الثدي سريرياً، ولم يكن تصوير الثدي متوفراً. كان عدد خزعات الثدي المفحوصة أكبر في مجموعة الفحص الذاتي للثدي BSE، إلا أنه لم يشاهد فرق هام بين المجموعات في الوفيات الناجمة عن الورم.

لم تجد USPSTF دراسات حول مقارنة فحص الثدي سريرياً فقط مع عدم إجراء مسح للورم، ووجدت 3 دراسات سلبية حول الفحص الذاتي للثدي: لم يكن الدليل كافياً للتوصية بإجراء أو عدم إجراء فحص سريري روتيني، أو بإجراء فحص ذاتي للثدي.

أدرج أكثر من نصف مليون أنثى في دراسات عشوائية حول مسح سرطان الثدي. وعلى الرغم من إثارة هذه التحاليل والدراسات للنقد والجدل، إلا أن مثل هذه الدراسات يجب أن تستمر. وتظهر البيانات المتوفرة أن فوائد تصوير الثدي لدى الإناث الأصغر سناً متوسطات الخطورة هي في حدها الأدنى على أفضل تقدير، ولا يوجد دليل يدعم فائدة إجراء فحص ذاتي للثدي، إضافة إلى أن الخطورة المرتبطة باختبارات المسح هذه، كالإكثار من إجراء الخزعات، معروفة جيداً.

وعلى الرغم من أن اتباع إرشادات USPSTF تقي دون شك من بعض وفيات سرطان الثدي، إلا أن الحاجة قائمة إلى استراتيجيات جديدة للوقاية من هذا السرطان الشائع والمرضية المرتبطة به.



benefit of breast-cancer screening in this age group is likely to be small. This as-yet-undemonstrated benefit should be considered in the context of the risks incurred by women who undergo interventions (ranging from biopsy to treatment for breast cancers of no clinical consequence) as a result of screening. Two thoughtful editorialists discuss some of the reasons why it has been so difficult to achieve a consensus in interpreting the data on mammography in younger women.

سيكلين E والبقيا لدى مريضات سرطان الثدي Cyclin E and Survival in Patients With Breast Cancer

Keyomarsi K, et al.
N Engl J Med 2002;347:1566-75

خلفية الدراسة: يؤثر سيكلين E (الحقلين E) المنظم للدورة الخلوية في سلوك الخلايا الورمية في سرطان الثدي. هدف الدراسة: بحث الارتباط بين مستويات السيكلين E في الورم والبقيا لدى مريضات سرطان الثدي. طريقة الدراسة: أجريت مقايضة لأنسجة الورم المأخوذة من 395 مريضة مصابة بسرطان الثدي لقياس السيكلين E، وسيكلين D1، وسيكلين D3، ومورث الورم HER-2/neu باستخدام تحليل البقعة Western blot. تم قياس السيكلين E ذي الطول الكامل، وذي الوزن الجزيئي المنخفض، وسيكلين E الكلي. كما أجري تقييم كيميائي نسيجي مناعي للسيكلين E في 256 ورماً. شوهد ارتباط بين مستويات واسماتها الجزيئية والبقيا الخاصة بالمرض والبقيا الكلية. النتائج:

- بلغ وسطي فترة المتابعة 6.4 أعوام.
- كانت المستويات المرتفعة من الأشكال المتماثلة للسيكلين E ذات الوزن الجزيئي المنخفض - المقاسة باستخدام تحليل البقعة blotting Western - مرتبطة ارتباطاً قوياً بالبقيا الخاصة بالمرض سواء كانت العقد اللمفاوية الإبطية إيجابية أو سلبية.
- من بين 114 مريضة مصابة بسرطان الثدي في المرحلة الأولى، لم تتوف أي مريضة من بين 102 مريضة لديهن مستويات منخفضة من سيكلين E في الورم خلال 5 سنوات من التشخيص، بينما توفيت جميع المريضات الـ 12 ذوات المستويات المرتفعة من سيكلين E ذي الوزن الجزيئي المنخفض

تصوير الثدي لنساء بعمر 40-49 عاماً:

دراسة عشوائية سلبية أخرى

Mammography for 40-to-49-Year-Old Women: Another Negative Randomized Trial

Intern Med 2002 Sep 3;137:305-12, 361-2, 363-5.
Journal watch 2002 Oct1;22(19):147-148.

خلفية الدراسة: لا تزال المناقشة حول تصوير الثدي الروتيني للنساء بعمر 40-49 عاماً مستمرة. سجلت الأبحاث الآن نتائج المتابعة الطويلة الأمد لـ 50430 امرأة في الدراسة التي أجرتها الهيئة الوطنية الكندية لتصوير الثدي (CNBSS-1)، وهي الدراسة العشوائية الوحيدة التي صممت لاختبار فعالية كشف سرطان الثدي بالتصوير في هذه المجموعة من الأعمار الصغيرة.

طريقة ونتائج الدراسة: في هذه الدراسة، أجري للإناث في المجموعة المدروسة تصوير ثدي سنوي وفحص فيزيائي للصدر خلال مدة 5 سنوات، وقد أوعز لهن بإجراء فحص صدر ذاتي. كما تلقت المجموعة الشاهدة العناية المعتادة (بدون تصوير ثدي)، مع أن 26% منهم أجروا تصوير ثدي خارج الدراسة، وذلك من أجل التشخيص بشكل أساسي. بعد متابعة لمدة 13 عام وسطيًا، لم يوجد اختلاف كبير في عدد الوفيات بسرطان الثدي حيث بلغت 105 وفيات في مجموعة التصوير الثديي، و108 وفيات في المجموعة ذات العناية الاعتيادية. لم يؤثر تصوير الثدي خارج الدراسة على النتائج بشكل جوهري.

الخلاصة والتعليق: في هذا التقرير، ينتقد الباحثون في CNBSS-1 النجاح في التقسيم العشوائي ونوعية تصوير الثدي التي تعاكس نتائجها هذه الدراسة. فالنتائج السلبية المستخلصة من هذه الدراسة الكبيرة ومن التحاليل الوسطية تشير إلى كون الفائدة ضئيلة من تصوير سرطان الثدي في هذه المجموعة من الأعمار. هذه الفوائد غير المثبتة يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار في سياق الخطورة الحاصلة للنساء الخاضعات للتدخل (من إجراء الخزعة إلى علاج سرطان الثدي دون عقابيل سريرية) نتيجة للتصوير. وقد ناقش اثنان من الباحثين المفكرين بعض الأسباب التي تجعل من الصعب الوصول إلى قراءة معتمدة لنتائج التصوير لدى النساء الشابات.

COMMENT: In this report, CNBSS-1 researchers addressed criticism about randomization success and mammography quality that were previously leveled against this trial. The results from this large negative study and from recent meta-analyses suggest that any



النتائج:

- شوهد نكس الورم في ذات الثدي لدى 30 أنثى في مجموعة الجراحة المحافظة، بينما حدث نكس موضعي لدى 8 إناث في مجموعة الاستئصال الجذري.
- كانت نسبة الحدوث التراكمية للنكس هي 8.8% و 2.3% على التوالي، بعد 20 عاماً.
- لم يشاهد اختلاف هام بين المجموعتين في نسبة حدوث سرطانة ثدي في الجانب الآخر، أو نقائل ورمية بعيدة، أو حدوث أورام أولية أخرى.
- بعد متابعة لمدة 20 عاماً وسطياً، بلغت نسبة الوفاة لأي سبب 41.7% في مجموعة الجراحة المحافظة على الثدي، و 41.2% في مجموعة الاستئصال الجذري.
- كانت نسبة الوفاة الناجمة عن سرطان الثدي 26.1% و 24.3%، على التوالي.
- الخلاصة: إن نسبة البقيا المديدة لدى الإناث اللواتي يخضعن لجراحة حافظة للثدي تماثل تلك النسبة لدى الإناث اللواتي يخضعن لاستئصال ثدي جذري. وبذلك فإن الجراحة الحافظة للثدي هي خيار المعالجة الأفضل للإناث المصابات بأورام ثدي صغيرة نسبياً.

CONCLUSION: The long-term survival rate among women who undergo breast-conserving surgery is the same as that among women undergo radical mastectomy. Breast-conserving surgery is therefore the treatment of choice for women with relatively small breast cancers.

الاستقصاء الواسع مقابل الاعتيادي

لكشف الخبثة لدى البالغين المصابين بالتهاب الجلد والعسل والتهاب العضلات العديد: دراسة ضمت 40 مريضاً

Routine vs Extensive Malignancy Search for Adult Dermatomyositis and Polymyositis: A Study of 40 Patients

Sparsa A, et al.
Arch dermatol 2002 Jul; 138(7): 885-90

هدف الدراسة: تحديد عوامل الخطورة الكامنة ونتيجة المسح الاعتيادي للكشف المبكر عن الخبثة المترافقة مع التهاب الجلد والعضل (DM) والتهاب العضلات العديد (PM).
المجموعة المدروسة: ضمت 40 مريضاً بالغاً (33 حالة DM و 7 حالات PM).

خلال هذه المدة بسبب سرطان الثدي.

- في تحليل عديد المتغيرات، كانت المستويات المرتفعة من السيكلين E الكلي أو المستويات المرتفعة من أشكال السيكلين E ذات الوزن الجزيئي المنخفض مرتبطة ارتباطاً هاماً بالموجودات السلبية.

- كانت نسبة خطورة الوفاة الناجمة عن سرطان الثدي في حال المستويات المرتفعة من السيكلين E الكلي مقارنة بالمستويات المنخفضة منه 13.3، وهي تمثل حوالي 8 أضعاف نسبة الخطورة المرتبطة بعوامل خطورة أخرى مستقلة سريرية ومرضية.

الخلاصة: إن مستويات السيكلين E الكلي والسيكلين E ذي الوزن الجزيئي المنخفض في النسيج الورمي، والمقاسة باستخدام تحليل البقعة blot Western، ترتبط ارتباطاً قوياً بالبقيا لدى مريضات سرطان الثدي.

CONCLUSION: Levels of total cyclin E and low-molecular-weight cyclin E in tumor tissue, as measured by Western blot assay, correlated strongly with survival in patients with breast cancer.

دراسة عشوائية متابعة لمدة 20 عاماً للمقارنة بين الجراحة المحافظة على الثدي واستئصال الثدي التام علاج سرطان الثدي المبكر

Twenty-Year Follow-up of a Randomized Study Comparing Breast-Conserving Surgery With Radical Mastectomy for Early Breast Cancer

Veronesi U, et al.
N Engl J Med 2002;347:1227-32

خلفية الدراسة: أجريت متابعة لمدة 20 عاماً لإناث أدرجن ضمن دراسة عشوائية لمقارنة فعالية استئصال الثدي الجذري (Halsted) بفعالية الجراحة المحافظة على الثدي.
طريقة الدراسة: بين عامي 1973 و 1980 تم إدراج 701 أنثى مصابة بسرطان ثدي بحيث لا يتجاوز قطر الورم 2 سم، وزعن بطريقة عشوائية لإجراء استئصال ثدي جذري (349 مريضة)، أو جراحة محافظة على الثدي (استئصال ربعي) أتبع بمعالجة شعاعية للثدي في ذات الجانب (352 مريضة).
بعد عام 1976، تناولت المريضات اللواتي وجدت لديهن عقد إيطية إيجابية في كلتا المجموعتين معالجة كيميائية مساعدة باستخدام السيكلوفوسفاميد، والميثوتريكسات، والفلورويوراسيل.



خلفية الدراسة: يتم تقييم أهمية فحص العقد المنصفية بواسطة تنظير المنصف عند مرضى سرطان الرئة غير صغير الخلايا NSCLC دون إصابة عقدية في السرة الرئوية حسب تقارير التصوير الطبقي المحوري المحسوب CT Scan. طريق الدراسة: تم تقييم فعالية تنظير المنصف في تصنيف مرحلي للورم لدى 79 مريضاً مصابين بسرطان غير صغير الخلايا NSCLC قابل للاستئصال مع عقد منصفية أو سرية لا تتجاوز 1 سم (NO) حسب التصوير الطبقي المحوري المحسوب. تم إجراء استئصال كامل للورم عند 61 مريضاً ليس لديهم إصابات عقدية عند تنظير المنصف.

النتائج:

- كانت القيمة السلبية المتوقعة NPV للتصوير الطبقي المحوري بناء على معطيات التنظير المنصفي 92,4%.
- بلغ NPV لتنظير المنصف بناء على التشريح المرضي 93,4%.
- لم يكن التصنيف المرحلي دقيقاً بواسطة التصوير الطبقي المحسوب وتنظير المنصف لدى 4 مرضى فقط (3 مرضى لديهم N2، ومرض واحد لديه N3).
- بناء على التشريح المرضي، كانت HPV للتصوير الطبقي المحوري المحسوب أقل لدى المصابين بالسرطانة الغدية (76,5%) ولكن لم يكن الفرق مهماً إحصائياً ($P > 0,128$).
- الخلاصة: رغم ارتفاع نسبة مرضى N2 (جراحياً وتشريحياً مرضياً) في حالات الأدينوكارسينوما، فإنه تتماثل دقة الفحص الشعاعي عند مرضى NSCLC بالمرحلة NO سريرياً مع NO في تنظير المنصف في تقييم إصابة العقد.

CONCLUSION: Although the likelihood of surgical-pathological N2 is slightly higher in patients with adenocarcinoma, radiological examination of patients with cNO NSCLC disease can be accurate as mediastinoscopy in appropriately staging mediastinal lymph node involvement.

استئصال السرطانة الغدية-الشائكة في المرارة
مبّرر فقط إذا كان الاستئصال الشافي ممكناً

**Adenosquamous Carcinoma
of the Gallbladder Warrants Resection Only
If Curative Resection Is Feasible**

Öohashi Y, et al.
Cancer 2002 Jun 1; 94(11): 3000-5

مكان الدراسة: أجريت الدراسة في أجنحة الطب الداخلي وطب الجلد في مشفى تعليمي. طريقة الدراسة: أجريت دراسة راجعة للخباثة لدى جميع المصابين بـ DM و PM بين عام 1981 و 2000 مع مراجعة العلاقة بين DM و PM والخباثة، ثم دُرست فائدة الاختبارات والفحوص المختلفة للكشف عن الخباثة ومصير المرضى. كانت المعايير المدروسة هي: معدل السلبية الكاذبة للاستقصاء الروتيني ونتيجة (نسبة النتائج الإيجابية) استقصاء الخباثة الأعمى، ومقارنة 16 صفة في مرضى الخباثة، مع الآخرين. النتائج:

- وجدت خباثة لدى 16 مريضاً (DM 13 و PM 3).
- في كل الحالات وضع تشخيص الخباثة بالترافق مع/أو بعد فترة قصيرة من تشخيص DM أو PM.
- كانت العوامل المترافقة مع خباثة هي: الدخول إلى قسم الطب الباطني، ووجود الأعراض البنيوية، والبدء السريع لـ DM أو PM، وغياب ظاهرة رينو، وارتفاع المستوى الوسطي لسرعة التثقل والكرياتينين كيناز.
- فشل الفحص الاعتيادي الأولي في كشف 4 خباثات، وتم كشف 3 منها في مرحلة متطورة عن طريق فحوص أوسع.
- كانت النتيجة الإيجابية بسبب استقصاء الخباثة الأعمى 13% فقط (11 من 87)، لكن وصلت إلى 28% (5 من 18) بعد إجراء التصوير الطبقي المحسوب للصدر والبطن والحوض.
- الخلاصة: الاستقصاء الواسع بحثاً عن الخباثة، خاصة التصوير الطبقي المحسوب، قد يكون ضرورياً على الأقل في مجموعة فرعية من مرضى DM أو PM الحاملين لعوامل خطورة للخباثة.

CONCLUSION: Extensive search for malignancy, particularly computed tomographic scans, may be warranted in at least a subset of patients with DM or PM and risk factors of malignancy.

دور تنظير المنصف في تقييم إصابة المنصف

بسرطان الرئة غير صغير الخلايا

دون ضخامات عقدية سرية (N0) قبل الفتح الجراحي

**The Role of Mediastinoscopy
in Preoperative Evaluation of Mediastinal
Involvement in Non-Small Cell Lung Cancer
Patients With Clinical N0 Disease**

Gurses A, et al.
Thorac Cardiovasc Surg 2002; 50:174-7



■ (أمراض نفسية)

Psychiatry

الدلائل الكهروفيزيائية تشير إلى
وجود تبدل موسمي في حساسية الشبكية
في تحت متلازمة الاكتئاب الشتوي

Electrophysiological Evidence Suggesting a Seasonal Modulation of Retinal Sensitivity in Subsyndromal Winter Depression

Herbert M, et al.
J Affect Disord 2002 Apr; 68(2-3): 191-202

خلفية وهدف الدراسة: لقد اقترح كون اضطراب تلاؤم الشبكية
للتعرض للضوء المنخفض في الشتاء عامل مساهم في الاكتئاب
الشتوي. تهدف الدراسة لتقصي الاختلاف الموسمي لحساسية
العصية ذلك في الحالات الطبيعية وفي حالات اختلافات المزاج
الموسمية.

طرق الدراسة: شملت الدراسة تسع حالات طبيعية (خمس رجال
وأربع نساء، العمر بين 21-28) و12 حالة لمصابين بتحت
متلازمة الاضطرابات الموسمية (S-SAD). تم اختيار ثلاثة
رجال وتسعة نساء، أعمارهم تتراوح بين 21-44 عاماً، اعتماداً
على المقياس الموسمي الكلي (GSS) global seasonality score
من استمارة تقييم النموذج الموسمي. تم الحصول على مخطط
الشبكية الكهربائي للرؤية الليلية (ERGs) مرة في الصيف ومرة
في الشتاء، كما تم الحصول على العتبة النسبية للحساسية الشبكية
من استجابة العصيات للضياء Rod ERG luminance-
response functions.

النتائج:

- ظهر اختلاف في الحساسية الشبكية بين المجموعتين في
الشتاء فقط، حيث كانت حساسية الشبكية أقل في مجموعة
المصابين بمتلازمة الاضطرابات الموسمية.
- لوحظ وجود علاقة إيجابية بين GSS وبين مقدار انخفاض
حساسية العصيات في الشتاء.
- لم يمكن إعطاء تقييم نهائي من الناحية النفسية لحالات S-
SAD المدروسة في هذا البحث، وهذا سيكون ضروريا في
الدراسات المستقبلية لتحديد فيما إذا كان التغيرات في الحساسية
الشبكية محددة باضطرابات التأثيرات الموسمية. بالإضافة لذلك،
فإن الاختلافات في العمر والجنس بين المجموعتين في الدراسة

خلفية الدراسة: بشكل عام اعتبرت السرطانة الغدية-الشائكة أو
الشائكة في المرارة داءً قاتلاً.

هدف الدراسة: توضيح فعالية الاستئصال في مرضى السرطانة
الغدية-الشائكة/ الشائكة في المرارة.

المجموعة المدروسة: ضمت 29 مريضاً خضعوا لاستئصال إما
سرطانة غدية-شائكة (28 مريضاً) أو سرطانة شائكة (مريض
واحد).

طريقة الدراسة:

دراسة تحليلية راجعة، حيث خضع 16 مريضاً لاستئصال جذري
وخضع البقية لاستئصال الورم البدئي فقط.

من أجل شرح العوامل المؤثرة على البقاء بعد الاستئصال، تم
فحص 10 متغيرات هي: العمر، والجنس، ووجود أو غياب
الحصيات المرارية، وحجم الورم البدئي، وغزو الأوعية الدموية،
وغزو الأوعية اللمفاوية، وغزو ما حول الأعصاب، ومرحلة
TNM، وحالة الورم المتبقي، ونمط الاستئصال.

النتائج:

- صُنف 23 مريضاً (79.3%) بالمرحلة T3 أو T4 حيث غزا
الورم الأعضاء المجاورة.

- كانت النتائج بعد الاستئصال الجذري (معدل البقاء التراكمي
لخمس سنوات هو 48.6%) أحسن وبشكل ملحوظ بالمقارنة مع
النتائج بعد استئصال الورم البدئي لوحده (معدل البقاء التراكمي
لثلاث سنوات هو 7.7%).

- كانت النتائج بعد إجراء الاستئصال أحسن في 14 مريضاً ليس
لديهم ورم متبقٍ (معدل البقاء التراكمي لخمس سنوات هو 62.9%)،
بالمقارنة مع النتائج لدى 15 مريضاً لديهم ورم متبقٍ
(معدل البقاء التراكمي لخمس سنوات هو 0%).

- أظهر التحليل الوحيد المتغير بأن حالة ورم متبقٍ، ونمط
الاستئصال، وعمر المريض، وغزو الأوعية الدموية هي عوامل
إنذارية هامة، ولكن كان وجود ورم متبقٍ كان العامل الإنذاري
المستقل الواضح فقط.

الخلاصة: يبرر استئصال السرطانة الغدية-الشائكة/ الشائكة في
المرارة فقط إذا كان الاستئصال الشافي ممكناً.

CONCLUSION: Adenosquamous/ squamous cell
carcinoma of the gallbladder warrants resection only if
potentially curative (RO) resection is feasible.



- ترافق وجود قصة إصابة بداء نفسي في العائلة بارتفاع خطورة الانتحار بشكل هام فقط في حال عدم وجود سوابق إصابة بداء نفسي لدى المنتحر (معدل الفرق 1.55)، بينما ترافق وجود قصة انتحار عائلية إلى ارتفاع خطورة الانتحار بغض النظر عن الإصابة بداء نفسي (حيث بلغ معدل الفرق لدى الأشخاص سواء كان لديهم قصة إصابة نفسية أم لا 2.37، و2.66 على التوالي).

الخلاصة: إن وجود حالة انتحار تام أو داء نفسي لدى الأقرباء هما عاملا خطورة للانتحار، ويستقل تأثير القصة العائلية للانتحار عن وجود أمراض عقلية فيها، ولذا يجب تحديد سوابق الانتحار العائلية عند تقييم خطورته.

CONCLUSION: Completed suicide and psychiatric illness in relatives are risk factors for suicide, and the effect of family suicide history is independent of familial cluster of mental disorders. Family history of suicide should be established in the assessment of suicide risk.

أبحاث

Research

ADAM33: مورثة جديدة للربو ADAM33: A New Asthma Gene

Nature 2002 Jul 25;418:426-30, 383-4
Journal Watch 2002 Sep 15;22(18):141

طريقة الدراسة: في دراسة حديثة تربط بين الصفات الوبائية والمورثات الجزيئية، أجريت دراسة بالتعاون بين الولايات المتحدة والمملكة المتحدة لتقييم حالة 460 زوجاً من الأخوة البيض بحيث يكون كلا الأخوين مصابين بالربو. وباستخدام بيانات من مشروع سلسلة المورثات البشرية (الجينوم)، تم التحري عن المورثات التي ترتبط بالربو وبفرط الاستجابة القصصية BHR.

النتائج:

تم تحديد موضع على الذراع القصير للصبغي 20 يرتبط ارتباطاً قوياً بكل من الربو وBHR: كان تكرار الموضع لدى هؤلاء الأزواج من الأخوة أكبر بـ 1000 ضعف مما يتوقع نتيجة الصدفة وحدها.

الحالية تحد من تفسير المساهمة المحتملة لهذه الثوابت بالنسبة للنتائج.

الخلاصة: إن التغيرات الموسمية في حساسية الشبكية المترافقة مع تغيرات المزاج الموسمي تشير إلى أن تخطيط الشبكية الكهربائي ERG يمكن أن يكون وسيلة مفيدة لتقصي الاضطرابات الموسمية.

CONCLUSION: The seasonal changes in retinal sensitivity that parallel seasonal mood variations suggest that the ERG may represent a useful tool to investigate seasonal affective disorders.

العلاقة بين خطورة الانتحار والقصة العائلية

لانتحار تام واضطرابات نفسية:

دراسة موجهة متداخلة معتمدة على سجلات طولانية Suicide Risk in Relation to Family History of Completed Suicide and Psychiatric Disorders: A Nested Case-Control Study Based on Longitudinal Registers

Qin P, et al.
Lancet 2002 Oct 12;360(9340):1126-30

خلفية الدراسة: ثبت تكرار السلوك الانتحاري في نفس العائلة.

هدف الدراسة: تحديد ما إذا كانت القصة العائلية لانتحار تام والإصابة بداء عقلي - يسبب الحضور إلى المشفى - هما عاملا خطورة للانتحار، وإمكانية التفاعل بين هذين العاملين.

المرضى وطريقة الدراسة: أجريت دراسة موجهة متداخلة باستخدام بيانات من سجلات طولانية دائمة. شملت الدراسة 4262 شخصاً حاولوا الانتحار، تراوحت أعمارهم بين 9 أعوام و45 عاماً، بين عامي 1981 و1997 (مجموعة الدراسة)، و80238 شاهداً تم اختيارهم كعينة ممثلة للمجتمع، مماثلين في العمر والجنس، وتاريخ الانتحار.

تمت مراجعة ودمج بيانات كل حالة من حيث وجود حالات انتحار وقصة نفسية لدى الوالدين والأخوة، والحالة الاجتماعية والاقتصادية، والوضع السكاني، والحالة النفسية.

النتائج:

- ترافق وجود قصة عائلية لانتحار تام وداء نفسي مع ارتفاع هام ومستقل في خطورة الانتحار (معدل الفرق 2.58 و1.31، على التوالي).

- لم تفسر هذه التأثيرات باعتبار الوضع الاجتماعي والاقتصادي والقصة النفسية لكل حالة.



غشائية، يمكن أن تكون سبباً في القصور الوظيفي الخلوي، وحتى في الموت الخلوي، في حال الآفات النشوانية.

CONCLUSION: We show here that mutant amyloid proteins associated with familial Alzheimer's and Parkinson's diseases form morphologically indistinguishable annular protofibrils that resemble a class of pore-forming bacterial toxins, suggesting that inappropriate membrane permeabilization might be the cause of cell dysfunction and even cell death in amyloid diseases.

العوامل الحالة للجراثيم

التي تكشف وتقتل عصيات الجمرة الخبيثة

A Bacteriolytic Agent

That Detects and Kills *Bacillus anthracis*

Schuch R, et al.
Nature 2002 Aug 22; 418 (6900): 884-9.

خلفية الدراسة: إن البوغة الهاجعة ذات البقايا المديدة من عصيات الجمرة الخبيثة هي سلاح بيولوجي مثالي للدمار الشامل. عند الاستنشاق تنتقل الأبواغ محمولة بالبلعومات السنخية إلى العقد اللمفية السرية، حيث تنتشر وتسبب فيضان غامر للبكتيريا والذيفان ضمن الدم، قاتلاً ما يزيد عن 99% من الحالات غير المعالجة. ضخمت الهندسة الطبيعية والوراثية للمضادات الحيوية المقاومة للعصيات خطورة الأبواغ المستخدمة كسلاح، ورفعت الحاجة لتحسين العلاج وطرق كشف الأبواغ بعد التحرر المعتمد. طريقة الدراسة: تم استخدام خاصية الارتباط بالالتصاق والفعل الحال لأنزيمات bacteriophages والتي تدعى بالحوالات lysins، لاكتشاف السريع وقتل عصيات الجمرة الخبيثة. هنا أظهرنا أن الـ PLYG lysin المعزول من الطور غاما لعصيات الجمرة الخبيثة يقتل بشكل خاص مستقرات العصيات والنسائل الأخرى لها في الزجاج وفي العضوية الحية. وإن كلا الأبواغ الخاملة والمنتشرة حساسة لذلك. وقد تم استخدام الخاصية الحالية للـ PLYG أيضاً كجزء من الطريقة السريعة للتعرف على عصيات الجمرة الخبيثة.

الخلاصة: إن الـ PLYG هو أداة لعلاج وكشف *B.anthrasic*.

CONCLUSION: PLYG is a tool for the treatment and detection of *B. anthracis*.

قام التحليل إلى النمط الفردي بالتركيز على مورث تمت تسميته بـ ADAM33، وقد تم تحديد مجموعة صغيرة من الطفرات في هذا المورث كانت تتواجد لدى معظم مرضى الربو أو BHR. يشفر المورث ADAM33 أنزيم حال للبروتين هو metalloprotease وقد وجد متوفراً بكثرة في الخلايا مصورات الليف في رئة الإنسان وفي العضلات الملس القصبية؛ ويمكن أن يلعب هذا الأنزيم دوراً هاماً في إعادة تشكل القصبات المصابة بالالتهاب.

الخلاصة والتعليق: يمكن أن يقود الارتباط القوي بين هذا المورث المحدد حديثاً والربو وفطر الاستجابة القصبية إلى الاختبارات المورثية التي تحدد قابلية الإصابة بالربو والمعالجات الملائمة. كما يعتقد أن هذا المورث هام أيضاً في الأمراض الأخرى للطرق التنفسية مثل الداء الرئوي الانسدادي المزمن.

COMMENT: The strong association of this newly identified gene with asthma and bronchial hyperresponsiveness could lead both to genetic tests that identify asthma vulnerability and to therapies for asthma. Editorialists also believe that the gene could be important in other airway diseases, such as chronic obstructive pulmonary disease.

الداء التنكسي العصبي:

مسام نشوانية ناجمة عن طفرات مرضية

Neurodegenerative Disease: Amyloid Pores From Pathogenic Mutations

Lasuel HA, et al.
Nature 2002 Jul 18;418(6895):291

يرتبط كل من داء ألزهايمر وداء باركنسون بتشكيل ليفيات نشوانية داخل الدماغ من بروتينات بيتا أميلويد وألفا سينوكلين α -synuclein، على التوالي. ويبدو أن وسائط تكون طلائع الليفيات هي العوامل الممرضة وليست الليفيات ذاتها، إلا أن الآلية التي تسبب بها الموت العصبي لا تزال مجهولة.

الخلاصة: تظهر نتائج الدراسة أن بروتينات الأميلويد المصابة بالطفرة المرتبطة بداء ألزهايمر وباركنسون العائليين تكون طليعة ليفيات حلقيه غير قابلة للتمييز من حيث الشكل تشابه مجموعة من الذيفانات الجرثومية التي تشكل مساماً مسببة نفوذية



Selected Abstracts ملخصات طبية مختارة

Public Health.....(P83E)

- *How Genes Help Maltreated Children Become Violent.
- *Another Good Year for Immunizations.
- *Comparative Efficacy of Insect Repellents Against Mosquito Bites.
- *Postoperative Cognitive Dysfunction in Middle-Aged Patients.
- *Serum and Dietary Potassium and Risk for Stroke.

Emergency Medicine.....(P80E)

- *Hyperbaric Oxygen for Acute Carbon Monoxide Poisoning.
- *Acute Abdomen in the Medical Intensive Care Unit.
- *Low-Dose Steroids in Septic Shock.
- *Blood Transfusions in Critically Ill Patients.
- *Antibiotic Prophylaxis Appears to Be Beneficial in the Surgical ICU.

Obesity & Diabetes Mellitus.....(P77E)

- *Obesity: The Continuing Saga.
- *Insulin Pump Therapy in Toddlers and Preschool Children With Type 1 Diabetes Mellitus.

Infectious Diseases.....(P76E)

- *Combined Antiviral-Antimediator Treatment for the Common Cold.
- *Effect of Daily Vitamin E and Multivitamin-Mineral Supplementation on Acute Respiratory Tract Infections in Elderly..
- *Dexamethasone in Adults With Bacterial Meningitis.
- *West Nile Virus: Modes of Transmission and Clinical Syndromes.
- *West Nile Virus Enters the Blood Supply.
- *Poliomyelitis Caused by West Nile Virus.
- *Short-Course Rifampin and Pyrazinamide Compared With Isoniazid for Latent Tuberculosis Infection: A Multicenter Clinical Trial.
- *Empiric Treatment of Community-Acquired Pneumonia With Fluoroquinolones, and Delays in the Treatment of Tuberculosis.
- *Global Drug-Resistance Patterns and the Management of Latent Tuberculosis Infection in Immigrants to the United States.
- *Outbreak of Multidrug-Resistant *Salmonella* Newport--United States, January-April 2002.
- *Oral Miltefosine for Indian Visceral Leishmaniasis.

Pediatrics.....(P70E)

- *Is CRP Best for Detecting Bacterial Infections in Febrile Children?
- *Childhood Pneumonia: Short Therapy Likely Is Effective.
- *Necrotizing Fasciitis Report of 39 Pediatric Cases.
- *High-Frequency Oscillatory Ventilation Versus Conventional Mechanical Ventilation for Very-Low-Birth-Weight Infants.
- *Better Option for Treating Children With Fecal Impactions.
- *Laser Treatment for Hemangiomas: No Better than Observation.

Immunological Diseases..... (P66E)

- *Thalidomide for Chronic Sarcoidosis.
- *Concomitant Leflunomide Therapy in Patients With Active Rheumatoid Arthritis Despite Stable Doses of Methotrexate...

Cardiovascular Diseases.....(P65E)

- *Comparison of C-Reactive Protein and Low-Density Lipoprotein Cholesterol Levels in the Prediction of First Cardiovascular Events.
- *Rhythm Control or Rate Control for AFIB? The Answer Might Surprise You.
- *Efficacy of Eplerenone Added to Renin-Angiotensin Blockade in Hypertensive Patients.
- *Losartan vs. Atenolol for Isolated Systolic Hypertension.
- *Acute Myocardial Infarction and Renal Dysfunction: A High-Risk Combination.

- *Nonsurgical Reduction of the Interventricular Septum in Patients With Hypertrophic Cardiomyopathy.

- *Serum Troponin for Risk Stratification in PE Patients.

- *Management of Acute Proximal Deep Vein Thrombosis: Pharmacoeconomic Evaluation of Outpatient Treatment With Enoxaparin vs Inpatient Treatment With Unfractionated Heparin.

Respiratory Diseases.....(P59E)

- *Magnesium Sulfate for Acute Severe Asthma.

Gastroenterology.....(P59E)

- *Predicting Cirrhosis or Fibrosis in Patients With Hepatitis C.
- *Noradrenalin: A New Treatment for Hepatorenal Syndrome?
- *Is Contrast Radiography Helpful in Small Bowel Obstruction?
- *Capsule Endoscopy: A New Way to Detect Small Bowel Pathology.

Neurology.....(P56E)

- *Abnormality of Gait As a Predictor of Non-Alzheimer Dementia.

Ophthalmology.....(P55E)

- *Does Treatment of Elevated Intraocular Pressure Prevent Glaucoma?

Gynecology & Obstetrics.....(P55E)

- *Hormone Replacement Therapy: Use With Caution.
- *Is It Reasonable to Treat Miscarriages Medically?

Dermatology.....(P53E)

- *What is the Best Local Therapy for Warts?

Surgical Diseases.....(P53E)

- *Management of Iatrogenous Esophagus Perforation.

Urology..... (P52E)

- *Familial Incidence of Urinary Incontinence.

Rheumatology & Orthopedics.....(P52E)

- *Discriminatory Sonographic Criteria for the Diagnosis of Carpal Tunnel Syndrome.
- *Arthroscopic Surgery Likely Not Effective for Knee Osteoarthritis.
- *Ximelagartan Versus Warfarin for the Prevention of Venous Thromboembolism After Total Knee Arthroplasty...

Oncology.....(P50E)

- *A Cervical Cancer Vaccine?
- *New Strategies Needed for Breast Cancer Screening.
- *Mammography for 40-to-49-Year-Old Women: Another Negative
- *Cyclin E and Survival in Patients With Breast Cancer.
- *Twenty-Year Follow-up of a Randomized Study Comparing Breast-Conserving Surgery With Radical Mastectomy for Early Breast Cancer.
- *Routine vs Extensive Malignancy Search for Adult Dermatomyositis and Polymyositis: A Study of 40 Patients.
- *The Role of Mediastinoscopy in Preoperative Evaluation of Mediastinal Involvement in Non-Small Cell Lung Cancer Patients With Clinical N0 Disease.
- *Adenosquamous Carcinoma of the Gallbladder Warrants Resection Only If Curative Resection Is Feasible.

Psychiatry.....(P45E)

- *Electrophysiological Evidence Suggesting a Seasonal Modulation of Retinal Sensitivity in Subsyndromal Winter Depression.
- *Suicide Risk in Relation to Family History of Completed Suicide and Psychiatric Disorders: A Nested Case-Control Study...

Research.....(P44E)

- *ADAM33: A New Asthma Gene.
- *Neurodegenerative Disease: Amyloid Pores from Pathogenic Mutations.
- *A Bacteriolytic Agent That Detects and Kills *Bacillus anthracis*.



This may resemble inflammatory arthritis.^{3,11} Hearing deficiency may occur in the autosomal dominant type as well as retinal detachment and atlanto-axial instability.^{6,12,13} In the X-linked variety, later presentation with involvement of the lumbar spine is common. There is flattening of the vertebral bodies, the pelvis is small with deep acetabulae, and the femoral necks are short with fragmented heads.¹⁰ Involvement is more marked in the hips and less common in the shoulders. It has been suggested that involvement may be milder in the x-linked variant. Arthroplasty is rarely indicated.^{3,4} It has been reported that secondary osteoarthritis becomes troublesome in the fifth decade and disabling by the seventh decade.¹⁴ The family we studied had 19 offspring resulting from the father's 3 marriages. The two affected brothers shared the same clinical features with short stature,

kyphoscoliosis, and pectus carinatum. There was no mental, auditory, or visual involvement. The elder brother had more skeletal deformities which goes along with the progressive nature of the disorder. It seems most likely that these brothers are affected with the X-linked variety of disease. The other family members were screened and were unaffected. To date, conservative management has been sufficient in our patients and surgical intervention has not been needed.

The underlying cause of this condition has not yet been elucidated, all reported laboratory and metabolic studies have been normal.¹⁵ However, genetic studies recently showed significant linkage with markers on xp22.¹⁶ A clear genetic delineation will certainly help in genetic counseling and family management when it becomes available.

REFERENCES

1. Langer Lo Jr. Spondyloepiphyseal dysplasia tarda: hereditary chondrodysplasia with characteristic vertebral configuration in the adult. *Radiology* 1964; 82:833-839.
2. Branford WA, Beveridge GW, Wynne-Davies R. Two first cousins with spondyloepiphyseal dysplasia tarda (X-linked recessive form), one also with poikiloderma atrophicum vasculare progressing to lymphocytic lymphoma. *J Med Genet* 1982; 19:210-213.
3. Wynne-Davies R, Hall C, Ansell BM. Spondylo-epiphyseal dysplasia tarda with progressive arthropathy: a "new" disorder of autosomal recessive inheritance. *J Bone Joint Surg (Br)* 1982; 64-B: 442-445.
4. Al-Awadi SA, Farag TI, Naguib K, et al. Spondyloepiphyseal dysplasia tarda with progressive arthropathy. *J Med Genet* 1984; 21:193-196.
5. Barber KE, Gow PJ, Mayo KM. A family with multiple musculoskeletal abnormalities. *Ann Rheum Dis* 1984; 43:275-278.
6. Shantz K, Andersen PE Jr, Justesen P. Spondyloepiphyseal dysplasia tarda: Report of a family with autosomal dominant transmission. *Acta Orthop Scand* 1988; 59(6): 716-719.
7. Nilsson H. Eigentümliche Wirbelkörperveränderungen mit familiärem Auftreten. *Acta Chir Scand* 1927; 62: 550-553.
8. Maroteaux P, Lamy M, Bernard J. La dysplasie spondylo-epiphysaire tardive; description clinique et radiologique. *Presse Med* 1957; 65:1205-1208.
9. Wynne-Davies R, Gormley J. The prevalence of skeletal dysplasias: an estimate of their minimum frequency and the number of patients requiring orthopedic care. *J Bone Joint Surg (Br)* 1985; 67-B: 133-137.
10. Icton JA, Horne G. Spondylo-epiphyseal dysplasia tarda: the x-linked variety in three brothers. *J Bone Joint Surg (Br)* 1986; 68-B: 616-619.
11. Kocyigit H, Arkun R, Ozkinay F, Cogulu O, Hizli N, Memis A. Spondyloepiphyseal dysplasia tarda with progressive arthropathy. *Clin Rheumatol* 2000; 19(3): 238-241.
12. Givon U, Kumar SJ, Scott CI Jr. Involvement of humerus in two generations with spondyloepiphyseal dysplasia. *Clin Orthop* 1999; 366:174-177.
13. Reardon W, Hall CM, Shaw DG, Kendall B, Hayward R, Winter RM. New autosomal dominant form of spondyloepiphyseal dysplasia presenting with atlanto-axial instability. *Am J Med Genet* 1994; 52(4): 432-437.
14. Bannerman RM, Ingall GB, Mohn JF. X-linked spondyloepiphyseal dysplasia tarda: clinical and linkage data. *J Med Genet* 1971; 8:291-301.
15. Thompson GR, Thompson DE, McCann DS, Weiss JJ. X-linked spondyloepiphyseal dysplasia tarda: mucopolysaccharide excretion studies. *Clin Rheumatol* 1982; 1:281-284.
16. MacKenzie JJ, Fitzpatrick J, Babyn P, et al. X-linked spondyloepiphyseal dysplasia: a clinical, radiological and molecular study of a large kindred. *J Med Genet* 1996; 33(10): 823-828.



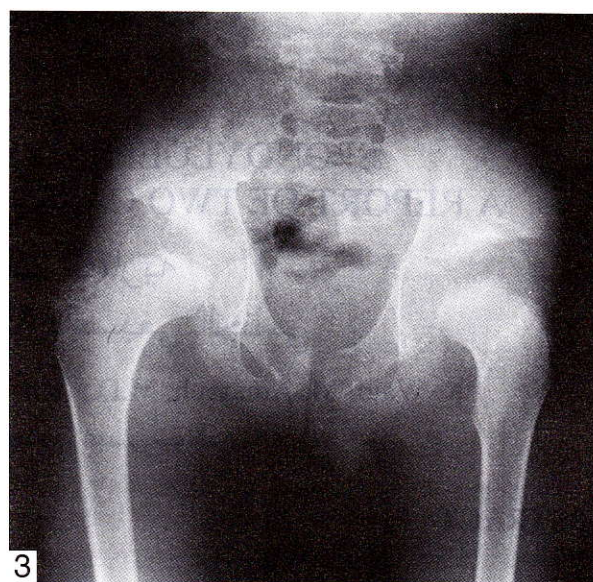


Figure 1. Case one. Note pectus carinatum with long upper extremities

Figure 2. Lumbar spine x-ray showing marked platyspondylia and irregular vertebral bodies

Figure 3. Pelvic radiograph showing fragmented femoral heads

CASE REPORTS

CASE 1

The first patient was a 12 year old boy who presented with history of abnormal gait and short stature. His past medical history and birth and developmental history were unremarkable. On examination he was a friendly boy with normal mentality. His height was 129 cm with relatively long upper extremities. The pubis to floor distance was 67cm. He had pigeon chest deformity with mild kyphoscoliosis of the thoracolumbar spine. There was no marked limitation of hip or other joint movement. Further clinical assessment with special emphasis on visual, hearing, and neurological examination was normal, see Figure 1. Radiological assessment showed bilaterally collapsed and fragmented femoral heads, short femoral necks, typical platyspondylia, kyphoscoliotic spine and generalized osteopenia, see Figures 2 and 3.

CASE 2

The second patient was an elder sibling. This 16-year-old boy who had been treated few years earlier for scoliosis but had been lost to follow up. His complaints were short stature and chest deformity.

On examination, his height was 137 cm, the pubis to floor distance was 75 cm, and he had severe kyphoscoliosis and pigeon chest deformity. The joint range of movement was not markedly affected. He had normal mentality with good school performance, and the rest of the clinical examination was normal. Radiological assessment showed similar findings to those of his brother but with more severe involvement.

Both brothers had an upper to lower body segment ratio of less than one. Both were doing well on conservative management and were not markedly disabled.

DISCUSSION

The prevalence of spondyloepiphyseal dysplasia varies according to mode of inheritance and is estimated to be about 1.7 per million population for the X-linked form and 7.7 per million for the other varieties.⁹ There are certain differences in the presentation of each, with less shortening of the trunk in the autosomal dominant and recessive variants, more involvement of thoracic spine and earlier age of presentation, 4th to 10th year of age.¹⁰ Involvement of the hands, mostly in the proximal interphalangeal joints, is also marked in the autosomal recessive type.

Case Report

تقرير حالة طبية

SPONDYLOEPIPHYSEAL DYSPLASIA TARDA A REPORT OF TWO CASES WITH X-LINKED INHERITANCE

خلل تنسج المشاشات الفقارية تقرير حالتين لوراثة مرتبطة بالصبغي الجنسي

Wajdi M. Amayreh, M.D.; Khalid Al-Daoud, M.D.; Issa Sawaqed, M.D.

د. وجدي عمايرة، د. خالد الداود، د. عيسى سواقد

ABSTRACT

Objective: The aim of the study is to present two cases of a rare disease, spondyloepiphyseal dysplasia, with presentation of the clinical and radiological findings, and to review its management and prognosis.

Patients and Methods: A family consisting of 19 siblings, one husband and three wives, the parents, and other family members were studied in Tafila, which is located in the southern part of Jordan. Clinical examinations were performed in addition to relevant radiological and laboratory investigations.

Results: Two brothers were affected with this disease; both of them were offspring of the third marriage. Both presented with short stature and abnormal gait, the elder being more severely affected.

Conclusion: Spondyloepiphyseal dysplasia is a rare disease with variable presentation according to the mode of inheritance. Genetic counseling for the involved families is essential.

ملخص الحالة

هدف الدراسة: تهدف الدراسة لتقديم حالتين لمرض نادر الحدوث هو خلل تنسج المشاشات الفقارية، مع وصف الأعراض السريرية والشعاعية ومراجعة طرق التدبير وإنذار المرض.

المرضى وطريقة الدراسة: قمنا بدراسة عائلة مكونة من رجل وثلاث زوجات و19 ولداً، مع دراسة الآباء وبقية أفراد العائلة في مدينة الطفيلة، جنوب الأردن. تم فحص الأفراد سريرياً كما أجريت الفحوص الشعاعية والمخبرية اللازمة.

النتائج: كان طفلان من الزواج الثالث في الأسرة مصابين بالمرض، ويعانين من مشية غير طبيعية وقصر قامة، وكانت الأعراض أشد لدى الطفل الأكبر، مما يدل على بطء تطور المرض.

الخلاصة: ثدن المشاشات الفقارية مرض نادر، وأعراضه متفاوتة حسب نوعية الوراثة، ومن الضروري تقديم النصح الوراثي والإرشادات للعائلات المعنية.

INTRODUCTION

Spondyloepiphyseal dysplasia is a generalized skeletal dysplasia affecting primarily the spine and epiphyses of the larger, more proximally located joints. It causes disproportionate dwarfism. This condition can be inherited in one of three modes: x-linked,^{1,2} autosomal recessive,^{3,4} or autosomal dominant.^{5,6} It was first described by Nilsonne in 1927, and later the condition was named by Maroteaux et al in 1957.^{7,8}

Many patients may go unrecognized until adolescent years when hip pain or scoliosis develops. We report a family with two offspring affected from a total of 19 siblings. These 19 siblings were the products of three marriages. The third of these produced both cases and was consanguineous. To our knowledge, these are the first such cases reported in Jordan.

JABMS 2003;5(1):39-41E

*Wajdi M. Amayreh, M.D., Department of Pediatrics, Royal Medical Services, Ramtha, Jordan.

*Khalid Al-Daoud, M.D., Department of Radiology, Royal Medical Services, PO Box 357, Ramtha, Jordan.

*Issa Sawaqed, M.D., Department of Orthopedics, Royal Medical Services, Ramtha, Jordan.



other complaints. Our patient gave history of passing two small stones at home. Some investigators⁴⁻⁷ have reported bladder calculi arising from a migrated device. We suggest that all the efforts should be made to investigate any misplaced IUD and the clinician should not presume unnoticed expulsion of the device. Radiograph of the pelvis is diagnostic in locating the lost IUD. Our patient had the device inserted during lactation. The probability of perforation of the uterus is increased when the device is inserted in the postpartum period and during lactation.¹ Extra care should be

exercised when inserting a device in these patients, and the patient should be instructed regarding the appropriate follow up of the device.

CONCLUSION

This patient demonstrated several interesting features of misplaced IUD. The importance of patient education and appropriate follow up of these patients is emphasized.

REFERENCES

1. Ohana E, Sheiner E, Leron E, Mazor M. Appendix perforation by an intrauterine contraceptive device. *Br J Fam Plann* 2000;26(4):229-30
2. Thomalla JV. Perforation of urinary bladder by intrauterine device. *Urol Int* 2000;65(3):179-80.
3. Millen A, Austin F, Bernstein GS. Analysis of 100 cases of missing IUD strings. *Arch Gynecol Obstet* 1993;253(3):143-4.
4. Guvel S, Tekin MI, Kilinc F, Peskircoiglu L, Ozkardes H. Bladder stones around a migrated and missed intrauterine contraceptive device. *Urology* 1986 Mar;27(3):260-4
5. Hermida Perez JA, del Corral Suarez T, Cerdeiras Martinez G, Agüero Gomez JL, Machado V. Bladder lithiasis formed from an IUD. A rare case. *Int J Urol*;8(2):78-9.
6. Nouri M, Fassi M, Koutani A, Ibn Attia A, Hachimi M, Lakrissa A. Migration of an intrauterine device into the bladder. Report of a case. *Urol Int* 1998;61(4):240-2.
7. Yalcin V, Demirkesen O, Alici B, Onol V, Solok V. An unusual presentation of a foreign body in the urinary bladder: a migrant intrauterine device. *Arch Esp Urol* 1997;50(7):808-9.



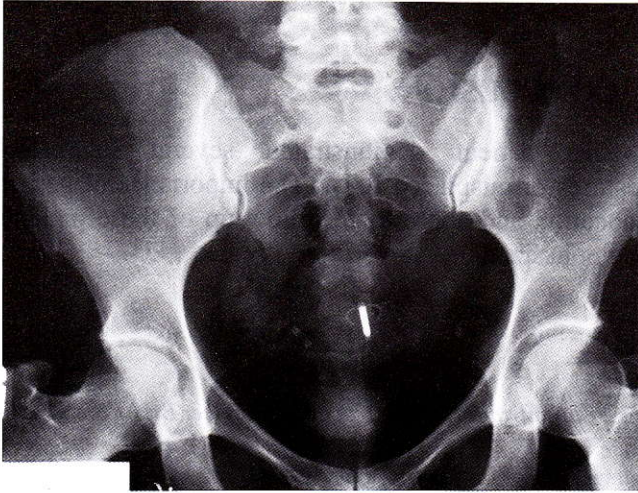


Fig 1. Two IUDs visible in the pelvis

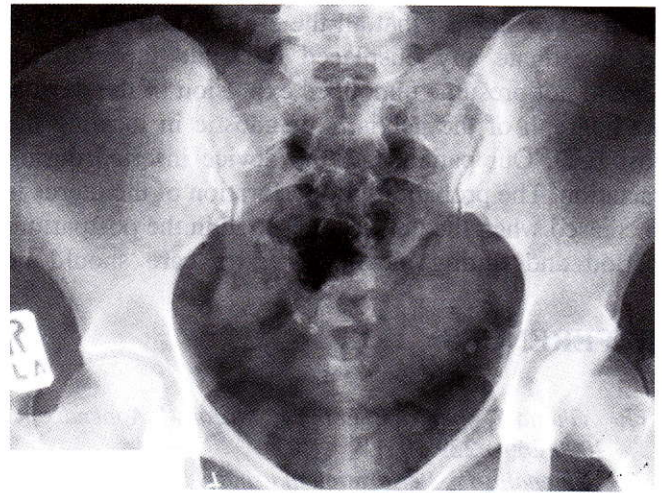


Fig 2. IUD remains in pelvis

for which she had no urological follow up. The urinalysis microscopy revealed the presence of white blood cells and red blood cells but no pathogens were isolated on culture. The patient gave a history of an IUD being inserted about 16 years earlier about 3 months after her fourth delivery. She was lactating at that time. She became pregnant despite the coil and had no regular antenatal care. She attended the hospital for her confinement and had a normal vaginal delivery. There was no apparent follow up of the IUD, and it was presumed that it was expelled during the delivery without being detected. Subsequently, she had four more deliveries. She used oral contraceptive pills for a while but preferred to have another IUD, which was inserted in the year 2000 in an outside clinic, without any effort to locate the forgotten IUD. She was completely asymptomatic at that time. On examination in the clinic, no abnormalities were detected. The pelvic examination revealed the string of the IUD protruding through the uterine cervix. The IUD (multiload Cu 375) was removed without difficulty. The patient had pelvic ultrasonography done which showed normal uterus and adenexae. A repeat plain radiograph showed the presence of a foreign body in the pelvic area (see Figure 2). A diagnostic laparoscopy was carried out in May 2002 but was inconclusive. Hence, the decision was made to proceed to laparotomy in order to locate the forgotten IUD. On exploration of the abdomen and the pelvis, the device

was felt penetrating the urinary bladder wall with the two fragmented short flexible side arms and the copper rod. The bladder was distended with 500 ml of normal saline and the IUD was gently retrieved. The fluid started draining through the bladder wound. The bladder was subsequently repaired in two layers and an in-dwelling catheter was left *in situ*. The postoperative period was uneventful and the catheter was removed on the tenth postoperative day. She healed well and was discharged in satisfactory condition.

DISCUSSION

The intrauterine contraceptive device is an effective method of contraception. Perforation of the uterus is a known complication of the device.³ Most perforations cause no symptoms and are suspected when the thread of the IUD is not felt or visualized. Pregnancy can occur if the device is displaced or the uterus is perforated. Our patient did conceive after the device became displaced. The copper device tends to cause adhesion formation with the neighboring structures and may result in serious complications.¹ Our patient did not have regular follow up and a second device was inserted without having accounted for the previously inserted device. This device had migrated from the uterus to the urinary bladder. Our case shows that the perforation of the uterus can be asymptomatic for a long time before causing pelvic discomfort and



Case Report

تقرير حالة طبية

مانع الحمل داخل الرحم المنسي:
حالة غير عادية

THE "FORGOTTEN" INTRAUTERINE CONTRACEPTIVE DEVICE AN UNUSUAL CASE

Suraiya S Khwaja, M.D., Aymen Al-Talib, M.D.,
M Hisham Al-Sibai, M.D., Baher A Kamal, M.D.

د. ثريا خواجه، د. أيمن الطالب، د. محمد هشام السباعي، د. باهر كمال

ABSTRACT

Perforation of the uterus by an intrauterine contraceptive device (IUD) is rare and can lead to serious complications. Penetration of the urinary bladder by a misplaced IUD is uncommon. We report a very rare case of bladder penetration by a lost "forgotten" IUD which presented with symptoms of cystitis 16 years after its insertion. This report shows that the patient with uterine perforation by IUD may remain asymptomatic for a long time before complaining of chronic pelvic pain and dysuria.

ملخص الحالة

إن اختراق الرحم بواسطة مانع الحمل داخل الرحم (اللؤلؤ) أمر نادر الحدوث، ويمكن أن يؤدي إلى مضاعفات خطيرة. وإن وصول اللؤلؤ إلى المثانة أمر غير معتاد. وهذا التقرير لحالة نادرة الحدوث هي اختراق لؤلؤ منسي لجدار المثانة، مع ظهور أعراض التهاب في المثانة بعد 16 سنة من إدخال اللؤلؤ في الرحم. وهذا التقرير يبين أنه من الممكن بقاء المريضة خالية من الأعراض بعد اختراق اللؤلؤ لجدار الرحم والمثانة لمدة طويلة قبل أن تشكي من آلام مزمنة في الحوض ومن عسر تبول.

INTRODUCTION

The IUD is a common form of contraception practiced in Saudi Arabia. Perforation of the uterus by an IUD is rare. The incidence varies with the experience of the operator. Uterine perforation is a potentially serious complication of an IUD and thus warrants careful management.¹ The penetration of the urinary bladder by a misplaced "forgotten" IUD is a rarity.² A careful history and search for the lost device by pelvic radiography provide the diagnosis. Removal reduces unnecessary morbidity. In this report we briefly describe a case of bladder penetration by a misplaced "forgotten" IUD and our management.

CASE REPORT

A 40-year-old Saudi female was seen in the gynecology clinic in April 2002. She was a referred case from the urology department. On radiography, she was found to have two IUDs within the pelvis (see Figure 1). The intravenous pyelography showed no obvious abnormalities. She presented with complaints of suprapubic discomfort, dysuria and intermittent urinary frequency for about a year. She gave a history of recurrent urinary tract infection for which she had been treated in outside clinics with antibiotics. She also gave a history of passing small stones twice at home during micturition about 18 months earlier

JABMS 2003;5(1):36-8E

*Suraiya S Khwaja, M.D., Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynaecology, College Of Medicine, King Faisal University P.O. Box 2114, Dammam 31451, Kingdom Of Saudi Arabia, E-mail: sukhwaja@hotmail.com

*Aymen Al-Talib, M.D., Senior Registrar, Department of Obstetrics and Gynaecology, College of Medicine and Medical Sciences, King Faisal University Dammam, Saudi Arabia.

*M Hisham Al-Sibai, M.D.; Professor, Department of Obstetrics and Gynaecology, College of Medicine and Medical Sciences, King Faisal University Dammam, Saudi Arabia.

*Baher A Kamal, M.D.; Associate Professor, Department of Urology, College of Medicine and Medical Sciences, King Faisal University, Dammam, Saudi Arabia.



treatment in the positive culture cases was sterile in all cases, indicating that the combination of a single dose of oily chloramphenicol in addition to crystalline penicillin was an effective treatment. It reduced the mortality rate to 2% and shortened the stay of patients in hospitals when compared to previous epidemics in Sudan. This high recovery rate is due to the early start of treatment.

We are rather reluctant to use either penicillin or chloramphenicol alone in the treatment because reports from other centers showed that penicillin alone was unsafe.^{6,7} McFarlane⁵ reported that single dose long acting penicillin produced a satisfactory clinical response in most patients with meningococcal meningitis; however, positive fluid cultures were obtained in a number of cases 48-72 hours later. Oily chloramphenicol alone cannot be relied upon since 48 hours are needed to show whether it is effective or not. During this period, serious complications may develop or the patient may die. In Mali and Niger in 1989-1990, there was a case fatality rate of 13% when long acting chloramphenicol alone was used in an outbreak caused by *N. meningitidis*.⁷ Monoarticular arthritis appeared to be the commonest complication in this

study with the knee joint involved in the majority. Arthritis has been reported as a complication of meningococcal meningitis during epidemics at rates of 4-10%.⁷

ACKNOWLEDGEMENT

We are grateful to Professor P. Olcen for his useful comments and for revising the manuscript.

We would like to thank the Gezira Medical laboratory staff specially Ismail and Zakia for their hard work and the great help they provided to us.

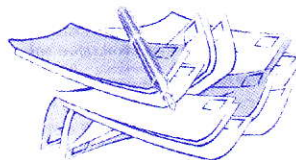
Thanks are extended to Somaia Dafalla & Magdolin A/Almonam & Mahmoud Moh. Ali for typing the manuscript.

CONCLUSION

Neisseria meningitidis group A was responsible for the epidemic in Wad Medani, Central Sudan in 1999. Chloramphenicol in a single dose along with crystalline penicillin given for 5 days was effective in the treatment. Among the complications, monoarticular arthritis most often involving the knee joint was the most common complication.

REFERENCES

1. WHO Meningococcal meningitis up date. <http://www.who.int/Inf-Fs/en fact 105.html>.
2. WHO Disease outbreaks. Meningococcal meningitis in Sudan 12th January 1999. <http://www.who.int/emc/outbreak news-n1999/Jan/n12Jan1999.html>
3. WHO Disease outbreaks. Meningococcal disease in Sudan 12th March 1999 <http://www.who.int/diseaseoutbreaknews-n1999/mar/n12mar/1999.html>
4. Wali SS, Macfarlane JT, Weir WRC et al. Single injection treatment of meningococcal meningitis. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1979. Volume 73. Number 6.
5. Macfarlane JT, Anjorin FI, Cleland PGE et al. Single injection treatment of meningococcal meningitis with long acting penicillin. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1979;73:557-562.
6. Pecoul B, Varaine F, Ketta M. Long acting chloramphenicol versus ampicillin for treatment of bacterial meningitis. *Lancet* 1991;338:862-66.
7. Manson PEC, Bell DR. Cerebrospinal meningitis. *Manson's Tropical Diseases*. Bailliere Tindal. London. 18th edition 1981:397-400.



The cerebrospinal pressure was increased in 95 of the cases and normal in 5. The fluid was clear in 15, turbid in 80, and bloody in 5. In only 15 of the smears were gram-negative diplococci visible. Each of these 15 cases showed *N. meningitidis* with serogrouping showing Group A on culture. Two cases were from among the clear CSF and one was from the blood stained samples.

Table 2, shows the clinical response to treatment. By the end of the 5th day of treatment, symptoms and signs had disappeared in more than 94 of the 100 cases.

Day	Fever	Headache	Neck stiffness
1	None	None	None
2	20	16	5
3	72	50	36
4	94	90	70
5	98	98	94

Table 2. Daily clinical response to treatment n=100

The lumbar punctures were repeated after the 5th day of treatment in all patients who had initially had positive cultures. None showed bacterial growth.

The complications are shown in Table 3. The most common complication was monoarticular arthritis (7), followed by deafness (3), visual disturbances (3), and *Herpes labialis* (3). Death occurred in 2 patients.

Complication	Number of patients
Death	2
Deafness	3
Visual disturbance/papilledema	3
Monoarticular arthritis	7
<i>Herpes labialis</i>	3
Epistaxis	2

Table 3. Complications (n=100)

DISCUSSION

Cerebrospinal meningitis is endemic throughout the tropics and subtropics as in the temperate zones. It is usually sporadic, but occasionally breaks out into devastating epidemics. The meningococcus is antigenically divisible into 5 groups serologically, A, B, C, X, and Y. Group A is the most important in Africa and was associated with epidemics in the past. Group B is responsible for sporadic cases and is

important in Europe. Meningococci spread from one person to another via the nasopharynx and the nasal and buccal discharges. In general, the epidemiology is that of a respiratory infection in which the numbers of patients who become ill are very much less than the numbers of healthy carriers in the general population.

Adult male patients were more frequently affected than females (ratio 1.78:1). Laborers and students were at special risk for acquiring meningococcal meningitis. Exposure to overcrowding in schools and heat in the workplace are possible explanations. The study also showed that young adults formed the bulk of the patients (80%) with an average age of 26 years. This was in agreement with a study from Nigeria⁴ in which the average age was 15+/-6.6 years. Thirteen of our patients who had been vaccinated developed the disease. These patients had received the vaccine within 5 days of the onset of symptoms. The explanation may be that protective antibodies appear only 10-15 days after vaccination (WHO guidelines-1998).³

The study also showed a low proof rate of meningococcal meningitis either by Gram stain or culture despite the typical characteristic features of the CSF and clinical features. Meningococci are delicate organisms which are sensitive to heat and do not survive for more than 90 minutes at 40° C.⁵ Such temperatures are common during the epidemic season. Meningococci are also very sensitive to sunlight and to changes in temperature. Samples should be taken at body temperature at once to the laboratory and inoculated on culture media as soon as possible. Most of the samples of CSF in our study were not transferred to the laboratory immediately and were not inoculated on culture media. This may explain the high percentage of negative Gram stain and culture rates in our study. Most of the positive samples were those that were kept in a transport medium (Stewart's medium). Those that were transferred to the lab without a transport medium gave negative results. Serogrouping revealed that all of the positive cases were *Neisseria meningitidis* Group A. This was similar to a study in Nigeria-Zaria where group A meningococcus was the causative organism in all but two patients.⁴

In almost all patients, the symptoms of fever and headache had subsided by the 5th day after treatment was initiated while neck stiffness disappeared in 94 patients. Lumbar puncture done after the 5th day of



النتائج: بلغ عدد المرضى الذكور 64، بينما بلغ عدد الإناث 36، وتراوحت الأعمار بين 15-65 عاماً. أظهر فحص السائل الدماغي الشوكي سائل عكر في 80% من الحالات وعالي الضغط في 95%. أظهرت زراعة السائل الدماغي الشوكي في 15% من الحالات إيجابية المكورات السحائية من النمط أ. استجاب جميع المرضى استجابة تامة سريرياً ومخبرياً للعقارين المستخدمين في نهاية اليوم الخامس. شملت المضاعفات وفاة اثنين من المرضى وفقدان السمع واضطراب الرؤية والتهاب المفاصل.

الخلاصة: المكورات السحائية من النمط أ كانت المسبب لوباء التهاب السحايا الذي حدث بمدينة ود مدني في وسط السودان في عام 1999م. وقد أثبتت الدراسة فعالية المعالجة المشاركة للكلورامفينيكول الزيتي مضافاً إليه البنسلين المائي. التهاب مفصل وحيد كان أكثر المضاعفات حدوثاً، خاصة في مفصل الركبة.

INTRODUCTION

Meningococcal meningitis occurs globally. The disease is endemic in temperate climates causing a steady number of sporadic cases or small clusters with seasonal increases in the winter and the spring. A different pattern, with epidemics flaring for 2 to 3 consecutive years, has been observed in sub Saharan countries. This area has experienced epidemic cycles every 8-12 years in the past with the intervals between major epidemics becoming shorter and more irregular since the beginning of the 1980s.¹ Sudan lies in the so-called meningitis belt of sub Saharan Africa.² A large epidemic occurred in 1988-1989 with over 40000 cases and 7500 deaths (18.7%).³ An outbreak of meningococcal meningitis was reported in the northern Darfour region in December of 1998. There was a total of 126 cases during December, which was 5 times higher than the number reported for the same month in 1997. This epidemic spread to all of the states reaching epidemic levels in some of them. Gezira was one of these states.

MATERIALS AND METHODS

During the period from April 30, 1999 to June 4, 1999, all patients who were suspected of having meningococcal meningitis, i.e. high grade fever (over 101° F), sudden headache, stiffness of the neck, mental changes, or skin rash were admitted to the Isolation Ward at Wad Medani Teaching Hospital. Information regarding age, sex, residence, occupation, history of vaccination, and any drug therapy was obtained from these patients. All patients were examined clinically including fundoscopy. Lumbar puncture was performed on all patients. The gross characteristics of the CSF, pressure, and color were reported. Smears were taken for Gram staining, and culture and serogrouping were performed on all CSF samples.

Each patient received a single dose of 3 grams of oily chloramphenicol given by deep intragluteal injection in addition to crystalline penicillin, 3 mega units given IV every 6 hours for 5 days. Clinical progress was recorded daily. Lumbar puncture was repeated after the 5th day in all patients who initially had positive cultures. All patients were followed up at the outpatient clinic for one month after discharge.

RESULTS

There were 124 suspected cases. Twenty-four of these patients (19.4%) were excluded either because of another diagnosis, e.g. malaria, or because they had already been started on antibiotic therapy. The remaining 100 patients (80.6%) fulfilled the criteria for entry into the study: i.e. high-grade fever, sudden headache, neck stiffness, mental changes, or skin rash. There were 64 males and 36 females. Eighty percent were in the 15-40 years age group. Twenty per cent were from 40-65 years of age. Thirty five percent were from Wad Medani town while the remaining 65% were from outside Wad Medani. The distribution of the patients by occupation is shown in Table 1. The majority (42) were laborers. Of the patients, 87 had not been vaccinated and 13 had received vaccination within 5 days before presenting to the hospital with symptoms.

Occupation	Number of patients
Unskilled laborers	42
Students	21
Housewives	17
Farmers	9
Merchants	4
Not employed	7

Table 1. Occupations of the patients n=100



MANAGEMENT, COMPLICATIONS, AND OUTCOME OF 100 CASES OF MENINGOCOCCAL MENINGITIS IN GEZIRA STATE, CENTRAL SUDAN IN 1999

تدبير ومضاعفات ونتائج مائة حالة لوباء التهاب السحايا بالمكورات السحائية
عام 1999م في مدينة ود مدني-ولاية الجزيرة في وسط السودان

Hussein Omar Zeidan, M.D.; Abdalla Abdelkarim Gibriel, M.D.;
Ahmed Abdalla Mohamadani, M.D.; Abdelrahim Mutwakal, M.D.; Sanna Fadalla, M.D.

د. حسين عمر زيدان، د. عبد الله عبد الكريم جبريل، د. أحمد عبد الله محمداني

د. عبد الرحيم متوكل، د. سناء فضل الله

ABSTRACT

Objectives: To determine the serogroup of the meningococcus responsible for the epidemic that occurred in Wad Medani Central Sudan in 1999; to show the effectiveness of a combination therapy of a single dose of chloramphenicol with crystalline penicillin in the management; and to determine complications which occurred at that particular time.

Patients and Methods: 100 patients suspected of having meningococcal meningitis were included in the study. Thorough history and physical examinations including CSF examination were done on all patients. The CSF was examined with Gram stain, culture, and serotyping. All patients received a single dose of 3 g of chloramphenicol and crystalline penicillin 3 mega units 6 hourly IV for 5 days.

Results: The age ranged between 15 to 65 years, and there were 64 males and 36 females. The CSF was turbid in 80% of the cases and under high pressure in 95%. Fifteen cases showed Neisseria meningitidis Group A when cultured. By the 5th day of treatment, most of the patients had recovered completely. Complications included: death (2 patients), arthritis, deafness, and deterioration in vision.

Conclusion: Neisseria meningitidis Group A was responsible for the epidemic. Chloramphenicol with crystalline penicillin was an effective treatment. Monoarticular arthritis was the most common complication with the knee joint being the most frequently affected.

ملخص البحث

هدف الدراسة: التعرف على النمط المصلي للمكورات السحائية المسببة لوباء التهاب السحايا الذي حدث بمدينة ود مدني في وسط السودان في عام 1999، ومعرفة مدى فعالية المعالجة المشتركة لعقار الكلورامفينيكول الزيتي بجرعة واحدة مع البنسلين المائي البلوري، والتعرف على المضاعفات التي نتجت عن هذا الوباء.

العينات وطريقة الدراسة: شملت الدراسة مائة مريض اشتبه بإصابتهم بالتهاب سحايا. تم أخذ القصة المرضية بدقة مع فحص سريري كامل لكل المرضى، كما أخذت عينات من السائل الدماغي الشوكي لجميع المرضى للفحص ولإجراء تحري بتلويين غرام وزرع السائل الدماغي الشوكي. كافة المرضى تناولوا عقاري الكلورامفينيكول الزيتي بجرعة واحدة مقدارها 3 غ بالحقن العضلي، مضافاً إليه 3 مليون وحدة بنسلين مائي بالوريد كل 6 ساعات لمدة 5 أيام.

JABMS 2003;5(1):32-5E

*Hussein Omar Zeidan, M.D., Faculty of Medicine, University of Gezira, Wad Medani, P.O.Box 20, E-mail: Geziramed@yahoo.com.

*Abdalla Abdelkarim Gibriel, M.D., Faculty of Medicine, University of Gezira, Wad Medani, P.O.Box 20, E-mail: Geziramed@yahoo.com.

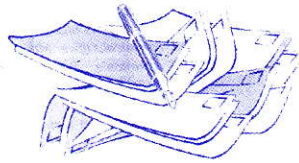
*Ahmed Abdalla Mohamadani, M.D., Faculty of Medicine, University of Gezira, Wad Medani, P.O. Box 20, E-mail: Geziramed@yahoo.com.

*Abdelrahim Mutwakal, M.D., Faculty of Medicine, University of Gezira, Wad Medani, P.O.Box 20, E-mail: Geziramed@yahoo.com.

*Sanna Fadalla, M.D., Faculty of Medicine, University of Gezira, Wad Medani, P.O.Box 20, E-mail: Geziramed@yahoo.com.



16. Grundy P, Ellis R. Histiocytosis X: A review of the etiology, pathology, staging & therapy. *Med Pediatr Oncol* 1986;14(1):45-50.
17. Wada R, Yagihashi S, Konta R, Izumiama T. Gastric polyposis caused by multifocal Histiocytosis X. *Gut* 1992; 33(7):994-6.
18. Geissmann F, Thomas C, Emile JF. Digestive tract involvement in Langerhans cell histiocytosis. *J Pediatr* 1996;129 (6):836-45.
19. Giona F, Caruso R, Testi AM. Langerhans' cell histiocytosis in adults. *Cancer* 1997; 1;80(9):1786-91.
20. Wang J, Wu J, Chu G. Gastric eosinophilic granuloma: report of 12 patients. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi* 1995;33(1):770-771.
21. Hans SS, Hans B, Lee PT. Eosinophilic granuloma of the gastrointestinal tract. *Am Surg* 1997;43(8):512-6.
22. Terracciano L, Kocher T, Cathomas G. Langerhans cell histiocytosis of the stomach with atypical morphological features. *Pathol Int* 1999 Jun;49(6):553-6.
23. Blackshaw AJ, Levison DA. Eosinophilic infiltrate of the gastrointestinal tract. *J Clin Pathol* 1986;39(1):1-7.
24. Rochester D, Winansiddell RH. Circumscribed eosinophilic gastroenteritis. *Rev Interam Radiol* 1979;4(4):195-8.
25. Stuphen JL, Fechner RE. Chronic Gastroenteritis in a Patient with Histiocytosis X. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1986 Mar-Apr;5(2):324-328.
26. Comp DM, Herson J, Starling KA, Vietti TJ, Hvizdala E. A Staging system for histiocytosis X: A Southwest Oncology Group Study. *Cancer* 1981 Feb 15;47(4):798-800.
27. Ben-Ezra J, Bailey A, Azumi N, Delsol G, Stroup R, Rappaport H. Malignant Histiocytosis X: A distinct clinicopathologic entity. *Cancer* 1991 Sep 1;68(5):1050-60.
28. Wood C, Wood GS, Deneau DG, et al. Malignant Histiocytosis X: report of rapidly fatal case in an elderly man. *Cancer* 1984;54:347-352.
29. Harris NL, Jaffe ES, Diebold J, et al. World health organization classification of neoplastic diseases of the hematopoietic and lymphoid tissues: report of the Clinical Advisory Committee Meeting Airlie House, Virginia, November 1997 *J Clin Oncol* 1999;17:3835-3849.



There has been no systemic study of small or large bowel involvement in LCH. The small bowel can be affected, causing malabsorption or blood loss.²⁶ It is of interest that colonic and rectal involvement have also been reported.¹⁰

There have been reports of a malignant form of LCH.^{27,28} This neoplasm has been termed Langerhans cell sarcoma in the recently proposed World Health Organization classification of hematopoietic and lymphoid neoplasm.²⁹ In Langerhans cell sarcoma, the proliferation cells have frankly malignant cytologic features but are otherwise ultrastructurally and immunophenotypically typical for LCH. Clinically, the few reported patients have been predominantly male, and unlike our cases, have had multiorgan involvement and have followed a rapidly progressive clinical course. It is not yet clear whether this disease represents a distinctive clinicopathologic entity, the extreme end of the morphologic and clinical spectrum of ordinary LCH, or other neoplasms that have been confused with LCH.

CONCLUSION

The frequency of gastrointestinal involvement by LCH is underestimated due to the nonspecific clinical symptoms and histological features which may be confused with Crohn disease or the malabsorption syndrome of eosinophilic gastroenteritis.

In our cases, a definitive diagnosis could not be made properly because the biopsy material was very small in two cases and the immune stains seemed to be less characteristic. Electron microscopy was not available.

Because of the absence of recognized systemic manifestations, the histologic diagnosis was delayed. Heightened awareness of the unusual clinical presentation of LCH involving the small bowel will permit earlier accurate histologic diagnosis of this entity.

REFERENCES

1. Departtère A, Aelvoet G, Acker KJ van, Dockx P. Intractable diarrhea in Histiocytosis X. *Hev Paediatr Acta* 1983 Aug;38(3):291-294.
2. Favara EF, Jaffe R. Pathology of Langerhans' cell histiocytosis. *Hematol Oncol Clin North Am*, 1987 March; 1(1):75-97.
3. Murphy GF. Cell membrane glycoproteins and Langerhans' cells. *Hum Pathol* 1985 Feb;16(2):103-112.
4. Callihan TR. Langerhans' cell histiocytosis. In: *Surgical pathology of the lymph nodes & related organs*. Editors Jaffe ES, 2nd ed. W.B. Saunders Company, 1995; P: 534-557.
5. Writing Group of the Histiocytosis Society. Histiocytosis X in children. *Lancet* 1987 Jan 24; 1(8526):208-209.
6. McLelland J, Prichard J, Chu AC. Current controversies. Histiocytosis X. *Hematol Oncol Clin North Am* 1987;1(1):147-62.
7. Favara BE. Histiocytosis Syndromes: Classification, diagnostic features and current concepts. *Leuk Lymphoma* 1990;2:141-150.
8. Santos Machado TM, Crisofani LM, Lameida MT. Disseminated Langerhans' cell Histiocytosis and Massive-Losing enteropathy. *Braz J Med Biol Res* 1999 Sep;32(9): 1095-9.
9. Egeler RM, Schipper M, Heyman H. Gastrointestinal involvement in Langerhans' cell histiocytosis (Histiocytosis X) A clinical report of three cases. *Eur J Pediatr* 1990 Feb;149(5):325-9.
10. Lee RG, Brazier RM, Stenzel P. Gastrointestinal involvement in Langerhans cell histiocytosis diagnosed by rectal biopsy. *Mod Pathol* 1991 March ,3(2):154-157.
11. Iwafuchi M, Watanabe H, Shiratsuka M. Primary benign histiocytosis X of the stomach A report of a case showing spontaneous remission after 5 1/2 years. *Am J Surg Pathol* 1990 May;14(5):489-96.
12. Nezelof C, Basset F, Rousseau MF. Histiocytosis X histogenetic arguments for a Langerhans cell origin. *Biomedicine* 1973 Sep;18(5):365-371.
13. Nesbit M. Current concepts and treatment of Histiocytosis X. In: Voute PA, Parrett A, Bloom HJ, Lemerle J, Neidhardt MK (eds) *Cancer in Children*, 2nd ed. Springer. Berlin Heidelberg, New York 1986;1:176-184.
14. Hymas J, Haswell J, Gerber M, Berman M. Colonic ulceration in histiocytosis X. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1985 Apr;4(2):286-290.
15. Idilbi O, Hamoudi AB. Primary Histiocytosis X of bowel. (Abstract). *Pediatr Pathol* 1984,2(4):492.



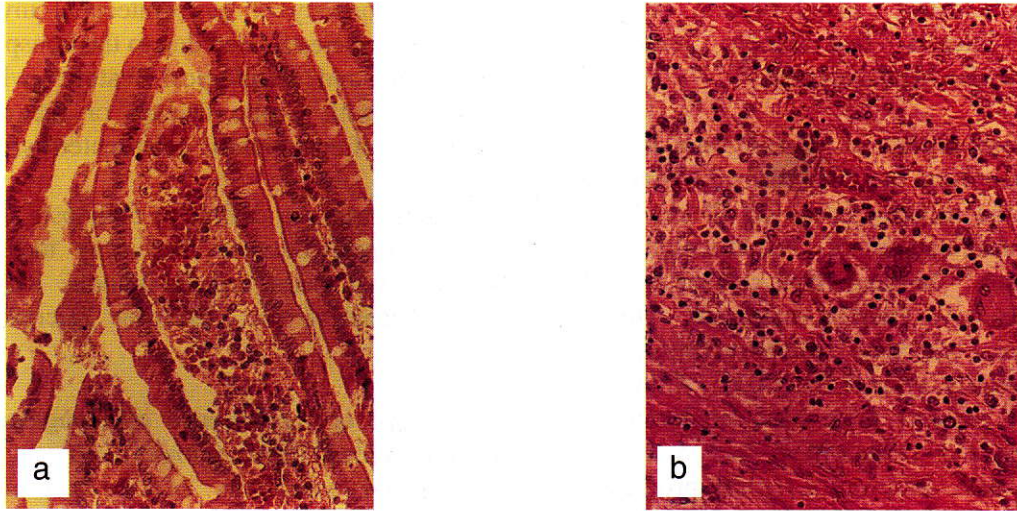


Figure 1. The histological findings of small bowel involvement by Langerhans cell histiocytosis. (a) small bowel mucosa with cellular infiltrate of the lamina propria by many large histiocytes, eosinophils, and lymphocytes (b) Infiltration of the submucosa by histiocytes and multinucleated giant cells.

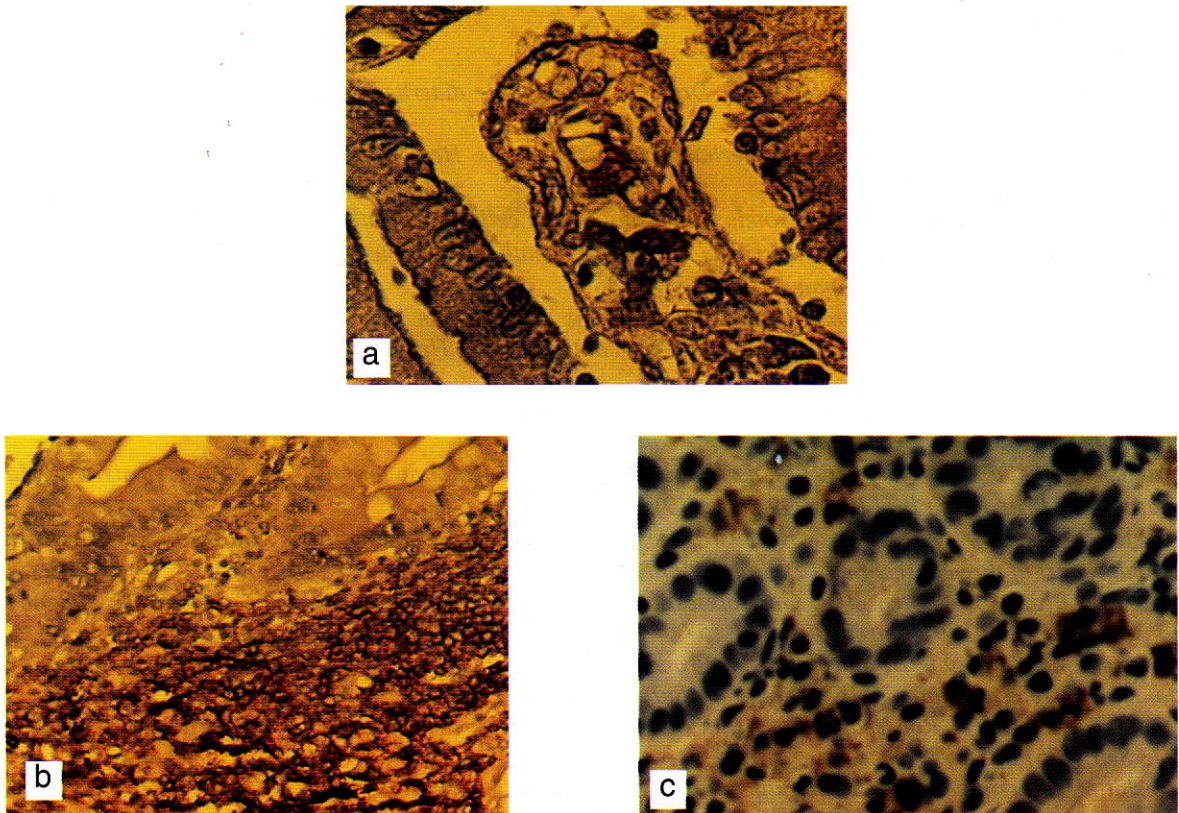


Figure 2. Biopsy samples from Langerhans cell histiocytosis of small bowel immunostained for: (a) S100 (b) CD1a (c) CD30.

Assad University Hospital, Latakia, Syria during a 7-year period. These included material from 1 surgical resection and 2 endoscopies. The tumors were located in the duodenum and jejunum (2 cases), and the duodenum, jejunum, and ileum (1 case).

Histologic Data: Formalin-fixed, paraffin-embedded sections were studied using hematoxylin and eosin stains. Histologic examination of the small bowel biopsy showed dense infiltration of the lamina propria and submucosa by large polygonal histiocytes, eosinophils, lymphocytes, plasma cells, and a few multinucleated giant cells. Some of the histiocytes showed the characteristic folded and grooved nuclei that identified them as Langerhans cells. The small bowel villi were atrophic. The epithelial surface showed focal ulceration. Crypts were distorted with no evidence of hyperplasia (See Figure 1).

Immunohistochemical staining:

Immunohistochemical staining was performed on formalin-fixed, paraffin-embedded tissue sections, using several monoclonal antibodies. In all cases, the large histiocytes were positive for CD1a and S100. They were negative for CD68 (See Figure 2).

DISCUSSION

Langerhans cell histiocytosis has been described worldwide. Because of the uncertainty of previous diagnostic criteria, the exact incidence is uncertain.

Much has been written about the clinical manifestations of the disseminated forms of Langerhans cell histiocytosis.^{2,6,7,12,13} The results were based entirely on information derived from the history, physical examination, and available laboratory investigation. Gastrointestinal symptoms, however, are not mentioned in any of these reviews.

Hayms¹⁴ reported clinical gastrointestinal findings in less than 1 % of all patients based on a review of four major series of case reports which involved 145 patients. Primary Langerhans cell histiocytosis of the bowel with no other organ involvement is unusual as was reported by Idilbi.¹⁵ Other studies referred to some case reports of

histiocytic infiltrate of the gastrointestinal tract without specificity.^{16,17}

Most cases of Langerhans cell histiocytosis of the small intestine reported in the literature have been diagnosed in children.^{9,18} It seems that gastrointestinal involvement in adults is very rare. Although some authors reported cases,^{19,20,21} Terracciano²² described a unique case of a 52-year old patient with atypical morphological features of gastric Langerhans cell histiocytosis. The man was hospitalized because of increasing upper abdominal pain and weight loss. The upper gastrointestinal endoscopy showed a submucosal tumor of the stomach along the lesser curvature. The tumor was completely removed. The microscopic examination revealed that the majority of neoplastic cells were positive for S100 and CD1a.

The similarity of gastrointestinal involvement between Langerhans cell histiocytosis and eosinophilic gastroenteritis, an etiologically obscure and rare inflammation of the gastrointestinal tract, was described by Blackshaw²³ in two cases of eosinophilic infiltrate of the gastrointestinal tract. The two entities are often confused despite their distinct clinical and pathological differences.

Other eosinophilic lesions likely to be encountered in the gut also pose problems in differential diagnosis with Langerhans cell histiocytosis. Rochester²⁴ reported a case of circumscribed eosinophilic gastroenteritis with typical histology. The location, radiographic appearance, and gross pathologic appearance of the lesion were unique in that they resembled Langerhans cell histiocytosis.

The similarity of gastrointestinal Langerhans cell histiocytosis to Crohn disease was described by Sutphen²⁵ in the case of a 5-year-old girl who presented with an ileal perforation and radiological evidence of segmental intestinal narrowing. Because of persistent mild chronic intestinal symptoms, a review of the histological examination of the removed intestine was performed, which showed mixed histiocytic and eosinophilic infiltration characteristic of Langerhans cell histiocytosis. A definitive diagnosis could not be made because biopsies of the stomach and duodenum did not show Birbeck granules on electron microscopy.



Gastrointestinal tract involvement in Langerhans cell histiocytosis is uncommon, occurring in less than 5 % of all cases, even when the disease is in its disseminated form.⁸ The exact frequency depends upon which criteria and detection techniques are used, as well as where in the course of the disease involvement is assessed.⁴

Despite extensive literature on the the clinical presentation of Langerhans cell histiocytosis, little has been reported concerning gastrointestinal symptoms.

The gastrointestinal tract may be involved either as a part of a generalized disease, or as a separate entity, i.e. primary gastrointestinal Langerhans cell histiocytosis.^{9,10,11} We report here three cases of primary small bowel involvement with Langerhans cell histiocytosis at Al-Assad University Hospital in Latakia in the period from 1993 to 1999.

CASE REPORTS

Case 1: A 29-year old previously healthy male presented with a 3-month history of gastroenteritis with blood-stained diarrhea. Laboratory investigation revealed anemia and hypoproteinemia. Despite different antibiotic regimens, his clinical condition deteriorated further. Upper gastrointestinal endoscopy was performed. Swollen duodenal mucosa with multiple hemorrhagic erosions was seen and several biopsies were taken. The tissue specimens were fixed in 10% formalin and prepared for light microscopy. The microscopic examination revealed an ulcerated duodenal mucosa with mild to moderate villous atrophy. The crypts were locally distorted and hyperplastic. The lamina propria was infiltrated by a diffuse inflammatory cell infiltrate of histiocytes, lymphocytes, and occasional eosinophils. The microscopic examination suggested the diagnosis of celiac disease. Two months later, the patient was re-admitted because of a relapse of the disease. Another upper gastrointestinal endoscopy was performed and several biopsies were taken. The previous biopsies were also re-evaluated, using immunohistochemical staining. The diagnosis of Langerhans cell histiocytosis of the small bowel was established.

Case 2. A previously healthy 44-year-old man presented with severe gastroenteritis, vomiting, and

diarrhea. Biopsies from the duodenum revealed ulceration of the mucous membrane and a dense infiltrate of the lamina propria by pleomorphic histiocytes, eosinophils, and lymphocytes without specificity. The diagnosis of eosinophilic gastroenteritis was suggested. Immunohistochemical staining, performed on paraffin-embedded tissue, confirmed the diagnosis of Langerhans cell histiocytosis with primary small bowel involvement. Chemotherapy was indicated, but due to socioeconomic difficulties, the treatment could not be given on a regular basis. Further therapy was refused and the patient died 2 years later. An autopsy was not performed.

Case 3: A 68-year-old woman was admitted with an acute abdominal crisis associated with intestinal perforation. Three years earlier she had been diagnosed with chronic gastroenteritis. Gastroduodenoscopy had revealed a picture compatible with Crohn disease, and the histological examination of a duodeno-jejunal biopsy had shown microscopic changes consistent with Crohn disease. Laparotomy was performed which revealed severe inflammation of the distal part of the duodenum, the jejunum, and the proximal part of the ileum, as well as many mesenteric lymph nodes. The biopsy also revealed wide areas of subtotal villous atrophy with focal ulceration of the surface epithelium. A dense infiltrate of histiocytes with a few eosinophils and granuloma like structures were not present. Some of the histiocytes showed the characteristic folded and grooved nuclei that identified them as Langerhans cells. The patient died 2 weeks after the operation because of complications from a second intestinal perforation. Postmortem examination was not performed.

RESULTS

Clinical Findings: From 1993 to 1999, we diagnosed 3 patients, 2 males and 1 female, with primary gastrointestinal Langerhans cell histiocytosis. The patients were aged 29, 44, and 68 years. Physical examination and staging revealed that the disease was limited and confined to the small bowel. There was no evidence of dissemination.

Specimens for the 3 patients with primary Langerhans cell histiocytosis were studied at the Al-



النتائج: أظهر الفحص النسيجي للزرع المأخوذة بالتنظير ومن الأمعاء المستأصلة ضمور مختلف الشدة في الزغابات المعوية مع رشاحة التهابية غزيرة من الخلايا الناسجة والمفاوية والحمضات في الصفيحة الخاصة والطبقة تحت المخاطية. التلويحات المناعية النسيجية باستخدام S-100 و CD1a ساعدت في تأكيد التشخيص.

الخلاصة: تصف الدراسة ثلاث حالات من أدواء خلايا لانغرهانس البدئية في الأمعاء الدقيقة دون إصابة أعضاء أخرى. ويجب وضع هذا الاحتمال في التشخيص التفريقي للآفات المعوية حتى لا يتأخر التشخيص في حال غياب التظاهرات الجهازية للمرض.

INTRODUCTION

Histiocytes are derived from a common bone marrow stem cell¹ and share structural and functional features that identify them as members of one cell family. There are two major groups of histiocytes: phagocytic (antigen-processing) cells and dendritic (antigen presenting) cells, which are usually non-phagocytic. The dendritic cells include reticulum cells and dendritic reticulum cells, both found in the spleen and the lymph nodes, and Langerhans cells which are found almost exclusively in the skin and drainage lymph nodes and scattered in other organs and tissues. Subtypes of histiocytes can be distinguished by their immunohistochemical features. For example, reticulum cells and Langerhans cells are positive for S100.² Langerhans cells have two specific features which help to distinguish them from other histiocytes: they express the CD1a antigen, and they contain ultrastructural bodies known as Birbeck granules.³ Langerhans cell histiocytosis is a group of disorders with a wide clinical spectrum which is characterized by the proliferation of the cells that exhibit morphologic, histochemical, and immunologic features similar to Langerhans cells.⁴ Langerhans cell histiocytosis (LCH) used to be known as Histiocytosis X and was one of a group of diseases including Hand-Schüller-Christian, Letterer-Siwe disease, and eosinophilic granuloma. It was renamed in 1987 by the Writing Group of the Histiocytes Society⁵ because the new term identified the pathognomonic lesional cell, the LCH cell.⁶ The international group of pathologists in the Histiocyte Society had also defined objective criteria for the diagnosis of LCH, but the histopathological appearance differed depending upon the site of the biopsy and the time of diagnosis.⁷ Early in the course of the disease, lesions are usually cellular, locally destructive, and contain aggregates of pathological Langerhans cells, which have homogeneous pink cytoplasm and lobulated nuclei, many with a longitudinal groove resulting in a coffee-

bean appearance. The relative number of eosinophils, histiocytes, and lymphocytes is variable.

Immunohistochemical studies are of great importance. Some markers are relatively resistant to processing and therefore are detectable in formalin-fixed, paraffin-embedded tissue. A definitive diagnosis can be reached on this material by using antibodies to S100 protein in addition to electron microscopy. About 60 % of LCH cells show cytoplasmic staining for S100. LCH cells stain positively with anti-CD1 and anti-CD4 antibodies. Histochemical staining is positive for ATPase and for α -D-mannosidase.

Birbeck granules are trilaminar structures which probably represent infoldings of the cell membrane and are pathognomonic of normal or pathological Langerhans cells. Some granules have expanded ends, giving them a tennis racquet shape.

The main sites involved by Langerhans cell histiocytosis and the approximate frequency with which each of the sites is involved are presented in Table 1.

Site	% of cases
Bone	80
Skin	60
Liver, spleen, lymph node	33
Bone marrow	10-30
Lungs	25
Orbit	25
Oro-dental	20
Otologic	20
CNS	
without diabetes insipidus	5-10
with diabetes insipidus	20-50
Gastrointestinal tract	< 5

Table 1. Organ system involvement in Langerhans cell histiocytosis



PRIMARY LANGERHANS CELL HISTIOCYTOSIS OF THE SMALL BOWEL: REPORT OF THREE CASES

أدواء خلايا لانغرهانس الناسجة البدئية في الأمعاء الدقيقة: تقرير لثلاث حالات

Zuheir Al-Shehabi, M.D.; Hassan Zayzafoon, M.D.

د. زهير الشهابي، د. حسان زيزفون

ABSTRACT

Background: Langerhans cell histiocytosis (LCH) represents a spectrum of disorders involving several tissues and organs which is characterized by proliferation of Langerhans histiocytes and various inflammatory cells. The gastrointestinal tract may be involved in LCH, either as part of a generalized disease or as a separate primary entity.

Material and Methods: Three cases of LCH with primary small bowel involvement were reviewed in the Department of Pathology at Al Assad University Hospital in Latakia in the period from 1993- 1999. The identity of Langerhans cells was confirmed by immunohistochemical stains. The patients were 2 men and 1 woman, aged 29, 44, and 68 years, each of whom presented with a history of chronic gastroenteritis and malabsorption syndrome. One patient had an acute abdominal crisis associated with intestinal perforation. Laparotomy was performed which revealed severe inflammation of the distal duodenum, the jejunum, and the proximal part of the ileum as well as many enlarged and congested mesenteric lymph nodes.

Results: Biopsy specimen obtained by endoscopy or from surgical resection of the small bowel (3rd case) revealed variable degrees of villous atrophy, dense inflammatory cell infiltrate of the lamina propria and submucosa by histiocytes, lymphocytes and a few eosinophils. Some of the histiocytes showed the characteristic folded and grooved nuclei that identified them as Langerhans cells. The majority of Langerhans cells expressed positive immunostains for CD1a and S100.

Conclusion : This study included three cases of LCH involving the small bowel without systemic dissemination. Because of the absence of recognized systemic manifestations, the histologic diagnosis was delayed. Awareness of the unusual clinical presentation of LCH involving the small bowel may facilitate earlier accurate histologic diagnosis of this entity.

ملخص البحث

خلفية الدراسة: تشكل أدواء خلايا لانغرهانس الناسجة طيفاً واسعاً من الآفات التي تصيب العديد من الأنسجة والأجهزة، وتتميز بتكاثر الخلايا الناسجة نموذج لانغرهانس بالإضافة إلى الخلايا الالتهابية المتنوعة. قد يصاب الأنبوب الهضمي في هذه الأدواء إما كجزء من إصابة جهازية أو بشكل بدئي مستقل.

مواد وطرق الدراسة: درسنا ثلاث حالات من إصابة بدئية للأمعاء الدقيقة بأدواء خلايا لانغرهانس، في قسم التشريح المرضي-مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية في الفترة ما بين 1993-1999. وتم تأكيد طبيعة هذه الخلايا باستخدام التلوينات المناعية النسجية. كان لدينا مريضان -بعمر 29 و 44 سنة ومريضة واحدة بعمر 68 سنة. تراوحت المظاهر السريرية في الحالتين الأوليتين بأعراض التهاب معدة وأمعاء مزمن ومتلازمة سوء الامتصاص، أما المريضة الثالثة فقد راجعت المشفى بحالة بطن حاد، مترافقة مع انتقاب أمعاء حيث أجري لها فتح بطن استقصائي أظهر وجود تبدلات التهابية شديدة في القسم الأخير من العفج والصائم والقسم القريب من الدقاق مع ضخامة العقد اللمفية المسارية الناحيوية.

JABMS 2003;5(1): 25-31E

*Zuheir Al-Shehabi, M.D.; Associate Professor, Department of Pathology, Tishreen University, Latakia, Syria. P.O.BOX 2217, E-Mail: zuheir@scs-net.org

*Hassan Zayzafoon, M.D.; Associate Professor, Department of Gastroenterology, Tishreen University, Latakia, Syria.



long periods. In this series 50% of our cases had their symptoms going on for years. It was also noticed that primary physicians labeled all of them as asthmatic and that some of them were actually admitted to Casualty and Emergency Departments with this diagnosis. Obviously these patients benefit from measures such as bed rest, steroids, and oxygen therapy that are usually prescribed to patients with severe asthmatic attacks.

Snoring was complained of by 25% of patients and weight loss by those patients (50%) whose symptoms continued for long periods.

In this series, 22 cases (78.6%) were due to thyroid surgery. This figure is comparable with other published series. Patients undergoing thyroid surgery should have voice and vocal cord mobility assessed by a laryngologist before and after surgery. This will detect recurrent laryngeal nerve injury and will also help detect pre-operative laryngeal paralysis from thyroid malignancy or any other etiology. Surgeons undertaking thyroid surgery should not rely on voice changes as these occur only with unilateral recurrent laryngeal nerve injury or injury to the superior laryngeal nerve or its external branch. In this series bilateral recurrent laryngeal nerve paralysis was noticed to occur during emergency surgery which was usually undertaken by inexperienced surgeons in rural hospitals with poor theater conditions. Patients only presented immediately after surgery if the operation was lengthy and the airway was further compromised by edema from intubation especially with rubber endotracheal tubes. Four cases (14.2%) had their paralysis as a result of malignant tumor invasion of both recurrent laryngeal nerves. See Table 2. In a case with carcinoma of the breast, bilateral supraclavicular lymph node metastasis was responsible for the

paralysis. In all these four patients, tracheostomy was considered as a palliative measure.⁵ One case (3.6%) had the paralysis as a neuropathy of unknown etiology. Similar cases are reported in the literature as a result of viral or neurological diseases.^{2,6} Another case (3.6%) had the paralysis as a result of blunt trauma. Levine et al also reported bilateral vocal cord paralysis following blunt trauma to the neck.⁷

Of the 22 patients who had the paralysis after thyroid surgery, 12 patients (54.5%) opted to continue with the choice of a silver tracheostomy tube with a speaking valve. Five patients (22.7%) had successful treatment with laser arytenoidectomy and posterior partial corpectomy resulting in a good laryngeal airway of 4 mm or more and a slightly hoarse voice. Two patients (9.1%) experienced recovery from the paralysis within a period of 6 months. Obviously in those two patients, the nerve lesion was due to neurapraxia. Two patients (9.1%) had poor results with laser arytenoidectomy and preferred to continue with the use of tracheostomy tube with a speaking valve. Only 1 patient (4.6%) refused to have any form of intervention. She was advised to lose weight and to minimize her physical activities.

CONCLUSION

Bilateral recurrent laryngeal nerve paralysis is a grave situation with serious morbidity and is life threatening. The most common etiological factor of bilateral recurrent laryngeal nerve paralysis in Sudanese patients was found to be thyroid surgery (78.6%) followed by malignant tumor invasion of the nerve (14.2%), neurological causes (3.6%), and trauma (3.6%). Patients undergoing thyroid surgery should have voice and vocal cord mobility assessed by a laryngologist before and after surgery.

REFERENCES

1. Maran AGD, Stell PM. *Clinical Otolaryngology*. Blackwell Scientific Publications, Oxford 1st Edition. 1979 Chapter 30. 405-411.
2. Glisselsson L. Laryngeal paralysis following thyroidectomy. *Acta Chir Scandinavia* 1950; 99:1950.
3. Widstrom A. Vocal cord paralysis following surgery for benign non-toxic goitre. *Acta Otolaryngol* 1973;75:370.
4. Baily AR, Johnston CG. Bilateral recurrent laryngeal nerve palsy. *Br J Hosp Med* 1994 May 18-31 51(10): 536.
5. El Mustafa OM. Indications for emergency tracheostomy. *Saudi Medical Journal SMJ* 2000;21(12):1194-1195.
6. Yokoji I, Nakamura S, Ikeda T. A case of progressive supranuclear palsy associated with bilateral vocal cord abductor paralysis *Rinsho-Shinkeigaku* 1997; 37(6):523-5.
7. Levine RJ, Sanders AB, LaMear WR. Bilateral vocal cord paralysis following blunt trauma to the neck. *Ann Emerg Med* 1995 Feb, 25(2); 253-5.



INTRODUCTION

Bilateral recurrent laryngeal nerve injury is a grave condition resulting in bilateral abductor paralysis of the vocal cords. This paralysis endangers life and seriously compromises the laryngeal airway. The condition results in stridor on exertion or when the laryngeal aperture is further reduced by inflammatory edema which is usually associated with upper respiratory tract infections. The voice is usually normal and this explains why most of these patients escape the notice of the unwary physician. Bilateral abductor paralysis is usually seen after thyroidectomy.¹⁻⁴ The objective of this study was to identify the etiological factors in bilateral recurrent laryngeal nerve paralysis in Sudanese patients, to describe the author's personal experience over a period of 18 years, and to determine possible preventive measures.

PATIENTS AND METHODS

The charts of all cases (28) that presented to the ENT Department of Wad Medani Teaching Hospital in Central Sudan over an 18 years period (October 1983 to September 2001) with bilateral recurrent laryngeal nerve paralysis were reviewed. All patients had been clinically assessed and managed under the author's supervision. Hospital records were analyzed with regard to age, sex, duration of symptoms, cause of paralysis, and the presence of associated conditions.

All cases with fixation of the vocal cords due to laryngeal tumors were excluded. Investigations for these patients included detailed medical history, mirror laryngoscopy, direct laryngoscopy, plain radiographs of the soft tissues of the neck, chest radiographs, and relevant hematological and biochemical investigations.

RESULTS

A total number of 28 patients were seen during the period from October 1983 to September 2001. Twenty-five cases (25) were female and only three cases were male, giving a female to male ratio of 8.3:10. Patients' ages ranged from 27-75 years with a mean age of 43.2 years. The main symptom common to all patients was stridor on exertion or in association with upper respiratory tract infection. The duration of symptoms was variable and ranged from immediately

after thyroid surgery to periods of up to 10 years. Other symptoms are listed in Table 1.

Symptom	No. of cases	Percentage %
Stridor on exertion	28	100%
Snoring	7	25%
Weight loss	14	50%
No symptoms at rest	28	100%

Table 1: Symptoms of bilateral recurrent laryngeal nerve paralysis

The etiological factors encountered are listed in Table 2

Etiology	No. of cases	%
Thyroidectomy	22	78.6
Carcinoma thyroid	2	7.0
Carcinoma breast (metastatic nodes)	1	3.6
Hypopharyngeal carcinoma	1	3.6
Neurological	1	3.6
Trauma	1	3.6
Total	28	100%

Table 2: Etiological factors

The outcome in cases of bilateral recurrent laryngeal nerve paralysis following thyroid surgery is listed in Table 3

Outcome	No. of cases	Percentage
Opted for permanent tracheostomy tube	12	54.5
Happy with laser arytenoidectomy and cordopexy	5	22.7
Recovered spontaneously	2	9.1
Failed laser arytenoidectomy and cordopexy	2	9.1
Refused any sort of intervention	1	4.6
Total	22	100%

Table 3: Outcome in thyroidectomy patients (n 22)

DISCUSSION

The main symptom of bilateral recurrent laryngeal nerve paralysis is stridor on exertion, and this was so in all our patients. These patients are asymptomatic at rest or while they are in hospital. It is amazing how some of these patients can tolerate this disability for



ETIOLOGY OF BILATERAL RECURRENT LARYNGEAL NERVE PARALYSIS IN SUDANESE PATIENTS

أسباب شلل العصب الحنجري الراجع ثنائي الجانب لدى مرضى سودانيين

Osman Mohamed El Mustafa, M.D.

د. عثمان محمد المصطفى

ABSTRACT

Objective: To highlight the occurrence of bilateral recurrent laryngeal nerve paralysis, a grave condition which is frequently overlooked, to reflect the author's personal experience with this condition over an 18-year period in Sudanese patients, and to identify the etiological factors involved in this condition.

Patients and Methods: Hospital records of all cases (n=28) that presented to the ENT Department of Wad Medani Teaching Hospital in Central State of Sudan over a period of 18 years (1983 - 2001) with bilateral recurrent laryngeal nerve paralysis were reviewed.

Results: The total number of patients was 28. Twenty-five cases (25) were female while 3 were male. The female to male ratio was 8.3:10. Patients' ages ranged from 27-75 years with a mean age of 43.2 years. The symptom common to all patients was stridor on exertion. The main etiological factor was thyroidectomy (78.6%) followed in the order of frequency by malignant tumor invasion of the nerves (14.2%), neurological causes (3.6%), and trauma (3.6%).

Conclusion: The most common etiological factor of bilateral recurrent laryngeal nerve paralysis was found to be thyroid surgery (78.6%), followed by malignant tumor invasion of the nerves (14.2%), neurological causes (3.6%) and trauma (3.6%). Patients undergoing thyroid surgery should have voice and vocal cord mobility assessed by a laryngologist before and after surgery.

ملخص البحث

هدف الدراسة: تسليط الضوء على شلل العصب الحنجري ثنائي الجانب الناكس والخطر، والتعرف على العوامل المسببة، مع ذكر خبرة الكاتب الشخصية خلال فترة 18 عاماً في السودان.

المرضى وطريقة الدراسة: دراسة راجعة شملت 28 حالة مرضية من شلل العصب الحنجري الراجع ثنائي الجانب شوهدت كلها في قسم الأنف والأذن والحنجرة بمشفى ود مدني التعليمي في الولاية الوسطي في السودان خلال الفترة الواقعة بين 1983-2001. النتائج: بلغ العدد الكلي للحالات 28 حالة، منها خمسة وعشرون حالة لدى الإناث وثلاثة حالات فقط لدى الذكور (نسبة الإناث للذكور = 8.3:10). تراوحت أعمار المرضى بين 27-75 عاماً، مع متوسط عمري بلغ 43.2 عاماً. كان العرض المشترك لدى جميع المرضى هو الصرير عند الإجهاد. العامل المسبب الرئيسي كان عملية استئصال الدرق (78.6%) يتلوه غزو العصب الحنجري الراجع بالأورام الخبيثة (14.2%)، ثم الآفات العصبية (3.6%) فالرض (3.6%).

الخلاصة: أكثر الأسباب شيوعاً لشلل العصب الحنجري الراجع ثنائي الجانب هو استئصال الدرق. وعليه يجب تحري حركية الحنجرة قبل وبعد إجراء الجراحة للكشف المبكر لهذه الحالة الوخيمة.

JABMS 2003;5(1):22-4E

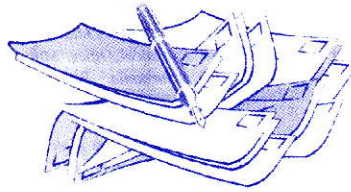


eye drops may have a place in the management of non severe cases of fungal keratitis if specific antifungal eye drops are not available. The results of this trial involving a small number of patients were encouraging; however, further trials are required to determine the optimum effective and non-toxic

concentration. Specific topical anti-fungal agents (Natamycin, Econazol, Amphotericin B) are needed in Iraq to treat this disease which leads to blindness if it is not properly managed, and physicians should be aware of the prevalence of this condition and prepared to make appropriate early referrals for specialist care.

REFERENCES

1. Martin MJ, Ruhman MR, Johnson GJ. Mycotic keratitis susceptibility to antiseptic agents. *Int Ophthalmol* 1996;19:299-302.
2. Rahman M R, Johnson G J, Husain R, Hocolader SA, Minassian D C. Randomized trial of 0.2% chlorhexidine gluconate and
3. 2.5% natamycin for fungal keratitis in Bangladesh. *Br J Ophthalmol* 1998; 82:919-925.
4. Seal D, Hay J, Kirkness C. Successful medical therapy of *Acanthamoeba keratitis* with topical chlorhexidine and ropamidine. *Eye* 1996;10: 413-421.
5. Nisbet IT, Graham DM, et al. Chlorhexidine as an effective agent against *Chlamydia trachomatis*. *Antimicrob Agents Chemother* 1979;16: 855-71.
6. Rahman M R, Minassian DC, Srinivasan M, Martin-Johnson GJ. Trial of chlorhexidine gluconate for fungal corneal ulcers. *Ophthalmic Epidemiol* 1997;4:141-9.



Case no.	Species of fungi isolated from corneal ulcers	Severity of the ulcers at time of diagnosis	Response to Chlorhexidine eye drops
1	<i>Aspergillus fumigatus</i>	Severe	Poor
2	<i>Candida albicans</i>	Severe	Poor
3	<i>Aspergillus</i> spp.	Severe	Poor
4	<i>Aspergillus flavus</i>	Non severe	Good
5	<i>Aspergillus fumigatus</i>	Severe	Poor
6	<i>Aspergillus flavus</i>	Severe	Poor
7	<i>Fusarium solani</i>	Severe	Poor
8	<i>Aspergillus fumigatus</i>	Severe	Poor
9	<i>Aspergillus fumigatus</i>	Severe	Poor
10	<i>Scopulariopsis</i> spp.	Severe	Poor
11	<i>Aspergillus niger</i>	Non Severe	Good
12	<i>Fusarium oxysporium</i>	Severe	Poor
13	<i>Candida albicans</i>	Severe	Poor
14	<i>Candida albicans</i>	Severe	Poor
15	<i>Fusarium oxysporium</i>	Severe	Poor
16	<i>Aspergillus</i> spp.	Severe	Poor

Table 1. Species of fungi cultured from 16 cases of corneal ulcers, severity of the ulcers at time of diagnosis, and response to chlorhexidine eye drops.

drops was decreased to 0.1%. The two patients who were cured of fungal corneal ulceration were treated with 0.1% chlorhexidine gluconate eyedrops.

DISCUSSION

Chlorhexidine is well known to be effective against a range of Gram positive and Gram negative bacteria. It has been used for the treatment of *Acanthamoeba* keratitis,³ and was thought from one study to be effective against *Chlamydia trachomatis*.⁴ Chlorhexidine is already used as a preservative in eye preparations and is therefore approved for use in low concentrations in the human eye. A previous study done on using chlorhexidine eye-drops for treatment of fungal keratitis showed that the concentration of 0.2% was superior in efficacy when compared with lower concentrations.⁵ Another study showed that *Aspergillus* keratitis were the most resistant to treatment with chlorhexidine.²

In this study, we found that 0.1% chlorhexidine gluconate was effective in early fungal corneal

infections, while severe cases with a longer history who had previously received other topical medications had no response. Severe fungal keratitis is very resistant to treatment even with specific antifungal eye drops. We also noticed that frequent instillation of antibiotic eye drops (especially fortified drops) had a bad prognostic effect on fungal corneal ulceration. In Iraq, routine scraping of corneal ulcers for microbiological investigations are seldom done. Therefore, cases of fungal keratitis are usually misdiagnosed and improperly managed with antibiotics, antiviral agents, and sometime even with topical steroids. Most cases of fungal keratitis referred to Ibn Al- Haetham Eye Hospital were severely infected.

CONCLUSION

Early diagnosis and treatment of fungal keratitis is very important in the outcome of this disease. Microbiological investigation to diagnose the causative agent is an essential step in the management of every case of suppurative keratitis. Chlorhexidine gluconate



vision in the infected eye. Specific anti-fungal eye drops are also not available in many Asian and African countries, and even when they are available, they are too expensive for widespread distribution. Several studies have been done abroad seeking inexpensive, effective, and non-toxic topical anti-fungal drops. A variety of agents have been tested *in vitro* by the simple well-diffusion method against different isolates of fungi from corneal ulcers in India and Ghana, representing a wide range of genera and species. Chlorhexidine gluconate and povidone iodine were the most effective agents.¹ A clinical study done in Bangladesh suggested that 0.2% chlorhexidine may be superior to natamycin in efficacy against keratitis due to a range of filamentary fungi and justified further trials of chlorhexidine as a primary treatment for fungal corneal ulcers in circumstances where specific anti-fungal agents are not available.² The objective of this study was to determine the efficacy of chlorhexidine gluconate eye drops in the management of fungal corneal ulceration in Iraq.

MATERIALS AND METHODS

Successive new patients with suppurative keratitis attending the Ibn Al Haetham Eye Hospital from June 2000 to August 2001 were included in this study if they had a positive culture for fungi. Scraping with a sterile bend tipped 21 gauge needle was done for every case of suppurative corneal ulceration. The materials were inoculated onto: 1- Blood agar plates incubated in aerobic condition at 37°C for 24-72 hours 2- Chocolate agar plates incubated under 10% CO₂ at 37°C for 24-72 hours. 3- Sabouraud agar plates incubated aerobically at 25°C for 10-14 days.

Further corneal scrapings were taken for smears on glass slides and stained with Gram stain. Slides were examined under the microscope to identify hyphae and other fungal elements. Before scraping was commenced, the ulcer size was measured. The ulcer was graded as severe if it had a diameter of 6 mm or more, if the ulceration involved the deep one-third of the cornea, or if there was a posterior corneal abscess or endothelial plaque. All other ulcers were graded as non-severe. A history was taken including personal characteristics (age, sex, residence, occupation) and history of the ulcer (duration, history of trauma and prior treatment with topical medications).

Chlorhexidine gluconate eye drops, 0.2%, which had been prepared at the Pharmacy College at the University of Baghdad by dilution from stock solution were used. The solution was sterilized by autoclave at 121°C, 15 psi, for 15 minutes and kept under refrigeration. Patients with positive cultures for fungi were admitted to Ibn Al Haetham Eye Hospital and treated first with 0.2% chlorhexidine gluconate eye drops. One drop of chlorhexidine was instilled into the infected eye once hourly during the waking hours for the first day. From day 2, the drops were reduced to two hourly during the day for 5 days and 3 hourly during the day for a further 2 weeks. If there were signs of irritation (burning sensation or increase in conjunctival congestion), the concentration of the drops was reduced to 0.1%. If no improvement had taken place by the fifth day, the patient was classified as a treatment failure.

RESULTS

Sixteen patients with fungal keratitis were treated with chlorhexidine eye drops. Only two patients (12.5%) had a good response and were completely cured within 3 weeks. These two patients had non-severe fungal corneal ulcers, with a history of onset of less than 10 days, and they had not received any previous topical medications. One of these two patients was a 20 year old female with a history of trauma by organic matter. The culture demonstrated growth of *Aspergillus flavus*. The second patient was 65 year old man with a history of trauma by organic matter. The culture demonstrated growth of *Aspergillus niger*. See Table 1.

All the other patients who did not respond to treatment with chlorhexidine drops, had severe corneal ulcers with a long history and had received previous topical medications (antibiotics, antiviral medications). The cultures from these treatment failure cases demonstrated growth of four species of fungi: *Aspergillus spp.*, *Fusarium spp.*, *Candida spp.*, and *Scopulariopsis spp.*

The 0.2% chlorhexidine gluconate drops were tolerated by most patients. Five patients (31.25%) had burning sensation and increase in conjunctival congestion after installation of the drops. These signs of irritation disappeared when the concentration of the



USE OF CHLORHEXIDINE GLUCONATE FOR FUNGAL KERATITIS IN IRAQ

استعمال كلور هكسدين جلوكونيت لالتهاب قرنية العين الفطري في العراق

Faiz I. Al-Shakarchi, M.D.; Moeed A.H.Kashen, M.D.;

Alaa A. Abdul Rasool, M.D.; Farrok K. Hassen, M.D.

د. فائز اسماعيل الشكرجي، د. معيد عبد الحميد الخشن، د. علاء عبد الرسول، د. فاروق خالد حسين

ABSTRACT

Objective: To determine the efficacy of chlorhexidine gluconate eyedrops in the management of fungal keratitis in Iraq.

Materials and Methods: Sixteen successive patients with culture proven fungal keratitis were admitted to Ibn Al-Haetham Eye Hospital in Baghdad and treated with chlorhexidine gluconate eye drops which had been prepared at the Pharmacy College of the University of Baghdad. At first, 0.2% concentration of eye-drops was used, but if signs of irritation occurred the concentration was diluted to 0.1%.

Results: Two patients with early fungal keratitis had a good response on chlorhexidine eye-drops 0.1% and were completely cured within 3 weeks. The ulcers of these two patients were not severe because they had been infected recently and diagnosed early. The type of fungus was *Aspergillus spp.*

Conclusions: Chlorhexidine gluconate eye drops may have a place in the management of non-severe cases of fungal keratitis if specific anti fungal eye-drops are not available.

ملخص البحث

هدف الدراسة: دراسة فعالية قطرات كلور هكسدين جلوكونيت في معالجة التهاب قرنية العين الناجم عن الفطريات في العراق. المرض وطريقة البحث: شمل البحث 16 مريضاً مصاباً بقرحة قرنية العين بسبب الفطريات، مثبتة بالفحص المخبري، حيث أدخلوا إلى مشفى ابن الهيثم في بغداد وعولجوا بقطرات كلور هكسدين التي تم تحضيرها مسبقاً في كلية الصيدلة بجامعة بغداد. استخدم أولاً تركيز 0.2% من القطرات، وفي حال ظهور علامات تحسن خفف التركيز إلى 0.1%.

النتائج: كانت الاستجابة لدى اثنين من المرضى جيدة على قطرات كلور هكسدين جلوكونيت 0.1% وتم شفاء الإصابة تماماً خلال ثلاثة أسابيع. كانت القرحة لدى المرضى الذين استجابوا للعلاج غير شديدة بسبب التشخيص المبكر للمرض. وكان الفطر المسبب للإصابة من الرشاشيات نمط *Aspergillus spp.*

الخلاصة: قد يكون لقطرات كلور هكسدين جلوكونيت دور في علاج الإصابات غير الشديدة لالتهاب قرنية العين الفطري عند عدم توفر القطرات الخاصة ضد الفطريات.

INTRODUCTION

Fungal keratitis is an important cause of suppurative keratitis in Iraq. A recent study done at Ibn Al Haetham Eye Hospital in Baghdad showed that fungal keratitis accounted for 16% of isolates from suppurative corneal ulcers and 24.6% of culture positive cases. It is the third most common cause of

suppurative keratitis in Iraq after *Staphylococcus* and *Pseudomonas* corneal infections. The management of fungal keratitis presents a problem to the ophthalmologist in Iraq because of the unavailability of specific anti-fungal eye drops due to the embargo. Corneal ulcers due to fungi usually end with loss of

JABMS 2003;5(1):18-21E

*Faiz I. Al-Shakarchi, M.D., Ibn-AL-Haetham Eye Hospital, Baghdad, Iraq.

*Moeed A.H. Kashen, M.D., Consultant Ophthalmologist, Department of Ophthalmology, Al-Shaheed Adnan Hospital-Baghdad, Iraq.

*Alaa A. Abdul Rasool, M.D., Professor of Industrial Pharmacy, College of Pharmacy, Baghdad, Iraq.

*Farrok K. Hassen, M.D., Professor of Microbiology, Medical College, Al-Mustanseria University, Baghdad, Iraq.



In our study there was a difference in mean age of obstetric and gynecological patients, which reflected the age of patients with chronic gynecological diseases. The majority of patients needed an overnight stay, and they could be dealt with in an intermediate care unit. The argument for a high dependency care unit for obstetrics patients for use with seriously ill patients may not be valid.¹⁷ There are major problems facing such units. The personnel need to be trained to use a variety of invasive monitoring equipment including direct arterial blood pressure, central venous and pulmonary artery pressure, and wedge pressure. All of these are essential in the management of many patients. Midwives have not generally been trained in the use of these specialized techniques. In addition, even in the presence of a high dependency unit, some

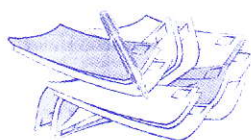
seriously ill patients would need intensive care unit admission.

CONCLUSION

We conclude that seriously ill gynecological patients should be admitted to a general-purpose intensive care unit. Obstetrical cases may be accommodated in an intermediate care unit, but those patients who need mechanical ventilation and specialized monitoring require an intensive care unit. We believe that the seriously ill obstetrical or gynecological patients require intensive care facilities. This improves the survival rate and, in addition, gives the obstetrician a supporting facility during emergencies in his practice.

REFERENCES

1. Bouvier-Colle MH, Varnoux N, Salanave B., Ancel PY, Breart G. Case control study of risk factors for obstetric patients' admission to intensive care units. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;74(2):173-7
2. Ancel PY, Bouvier-Colle MH, Breat G, Varnoux N, Salanave B, Benhamou D, Boutroy JL, Caillier I, Dumoulin M, Fernandez H, Papiernik E, Puech F. Risk factors for maternal condition at admission to an intensive care unit: Does health care organization play a role? Study Group of the Maternal Morbidity. *J Perinat Med* 1998;26(5):354-64.
3. Bouvier-Colle MH, Salanave B, Ancel PY, Varnoux N, Fernandez H, Papiernik E, Breart G, Benhamou D, Boutroy JL, Caillier I, Dumoulin M, Fournet P, Elhassani M, Puech F, Poutot C; Obstetric patients treated in intensive care units and maternal mortality. Regional Teams for Survey: *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996;65(1):121-5.
4. Bastianelli C, Valente A, Farris M, Lucantoni V, Lippa A, Primiero FM: Causes for transfer of obstetric patients to an intensive care unit (1990- 1996). *Mineva Ginecol* 1997;49(10):443-6.
5. Mabie WC, Sibai BM: Treatment in an obstetric intensive care unit. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162(1):1-4.
6. Kilpatrick SJ, Mattay MA. Obstetric patients requiring critical care. A five-year review. *Chest* 1992;101(5):1407-12.
7. Kirshon B, Hinkley CM, Cotton DB, Miller J. Maternal mortality in maternal-fetal medicine intensive care unit. *J Reprod Med* 1990;35(1):25-8.
8. Monaco TJ Jr, Spielman FJ, Katz VL, Pregnant patients in the intensive care unit: a descriptive analysis. *South Med J* 1993;86(4):414-7.
9. Lapinsky SE, Kruczynski K, Seaward GR, Frane D, Grossman RF. Critical care management of the obstetric patient. *Can J Anaesth* 1997;44(3):325-9.
10. Collop NA, Sahn. Critical illness in pregnancy. An analysis of 20 patients admitted to medical intensive care unit. *Chest* 1993;103(50):1548-52.
11. Baskett TF, Sternadel J. Maternal intensive care and near-miss mortality in obstetrics. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105(9):981-4
12. El-Solh AA, Grant BJ. A comparison of severity of illness scoring systems for critically ill obstetric patients. *Chest* 1996;110(5):1299-304.
13. Mahutte NG, Murphy-Kaulbeck L, Le Q, Solomon J, Benjamin A, Boyd ME. Obstetric admission to the intensive care unit. *Obstet Gynecol* 1999;94(2):263-6.
14. Stephens ID. ICU admissions from an obstetrical hospital. *Can J Anaesth* 1991;38:5.
15. Platteau P, Engelhardt T, Moodley J Muckart DJ. Obstetric and gynecological patients in an intensive care unit: a 1 year review. *Trop Doct (ENGLAND)* 1997;4:202-6..
16. Tang LC, Kwok AC, Wong AY, Lee YY, Sun KO, So AP. Critical care in obstetric patients: an eight year review. *Chin Med J* 1997;110(12):936-41.
17. Morgan M. The value of the obstetric High Dependency Unit: Proceeding of the international symposium. *Anesthesia* 2000.P 69 M.S.D. Printing Press Riyadh KSA 2000.



obstetrical and gynecological practice. These included radial artery lines for serial blood gas estimation (n=83), some period of mechanical ventilation, including weaning in SICU immediately after coming from theatre (n=83), central line catheter for infusion and monitoring (n=65), Swan Ganz catheter for pulmonary artery pressure monitoring (n=3), and hemodialysis (n=1).

None of the patients was admitted more than once. The duration of stay in the SICU ranged between 1- 6 days (See Figure 3). There were no maternal or intensive care deaths at the KKHU during the study period.

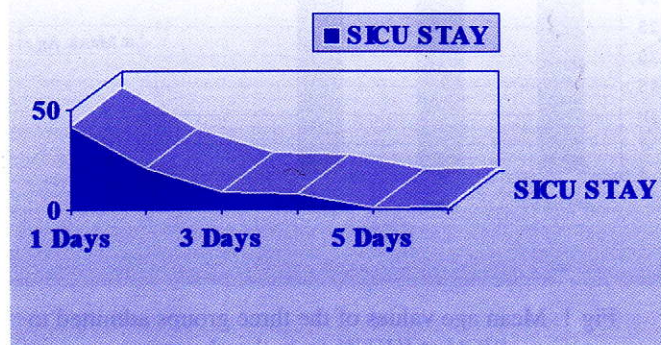


Fig 3. Duration of stay (in days) of the patients admitted to SICU at KKHU from obstetric and gynecology services (1994-1997) at King Khalid University Hospital.

DISCUSSION

Monitoring the reasons for admission of obstetric or gynecological patients to the ICU can help in evaluating the quality of medical care. The perioperative death rate in general cannot function as an indicator since mortality has been reduced due to advances in non-invasive diagnostic methods, therapy, anesthesia and intensive care. In our series, 63/13000 obstetrics cases were admitted to the ICU (utilization rate =0.48%). Of 5460 gynecological cases, 18 cases were admitted (utilization rate= 0.32%). Of 18460 anesthetic cases, only two were admitted (utilisation rate = 0.01%). All of these patients required continued cardiorespiratory support, mechanical ventilation of the lungs, monitoring, other system support, and intensive nursing care. The reasons for admission are

of importance. Hemorrhagic complications during pregnancy (24%) and during delivery (7.2%) were major indications. Hypertension during pregnancy associated or not associated with HELLP syndrome accounted for 16.8%. The presence of coexisting surgical conditions or medical diseases accounted for 25.3% of the cases. More than 50% of the illnesses necessitated lower uterine segment cesarean section (LUSCS). This is in contrast to the findings of Mabie and Sibai⁵ who reported in their study of 200 obstetrical ICU admissions that the diagnoses were as follows: hypertensive disorders of pregnancy (46%), hemorrhage (10%), and medical problems in pregnancy (44%).

The SICU management of these patients included the use of some procedures not conventional to obstetrical and gynecological practice. These reflected the choices of the ICU staff and the degree of the severity of the illnesses requiring the intervention. There are some differences from those mentioned in literature.⁵

In another study; all obstetric and gynecological patients admitted to the surgical ICU admissions at King Edward VIII Hospital in Durban, South Africa were studied.¹⁵ It was found that the management of these critically ill patients constituted a significant proportion of the practice. The study also reported that of all admissions to the ICU, 13.6 % were obstetrical and gynecological patients. Of all eclamptic patients admitted during the study period, 24% were admitted to the ICU. The study concluded that obstetric patients, especially those with eclampsia, and gynecological patients form a major portion of the workload of the Surgical ICU. Since the management of such patients requires an understanding of the physiological changes of normal and abnormal pregnancies, it was recommended that all large obstetrical units in developing countries should establish their own intensive care units in order to improve patient care, health personnel training, and continuing health care education.^{5,15} In an Australian study, the ICU admission of obstetrical patients with anaesthetic complications was studied.² There were 126 obstetrical admissions. Sixteen (12.7%) were due to complications of anesthesia, 12 (9.5%) followed general anesthesia and 4 (3 %) followed regional block (RB). Maternal mortality reports stress the importance of high standards of care and specialized facilities to meet the unique needs of these patients.³⁻⁵



cases (2.4%) of anaphylactic shock and cardiac arrest. All the mothers and their infants survived in good condition.

TOTAL ADMISSIONS	NUMBER (83) %
Uncontrolled bleeding	20 24%
Placental causes	14
Cervical laceration	5
Ruptured uterus	1
Hypertension of pregnancy	14 16.8%
Preeclampsia/eclampsia	10
HELLP syndrome	4
Coincidental diseases and LUSCS	21 25.3%
Medical conditions	11
Cardiac diseases	3
Hernia repair	2
Pulmonary embolism and deep vein thrombosis	2
Morbid obesity	1
Craniotomy	1
Fractured femur	1
Problem Pregnancy	6 7.2%
Ectopic pregnancy	3
Mole	1
Incomplete abortion	1
Sepsis	1
Unusual events	2 2.4%
Post cardiac arrest	1
Anaphylactic shock	1

Table 1. Obstetrical causes for admission to SICU at KKHU over 3 years

The gynecological patients are shown in Table 2.

Ovarian tumors	7
Uterine conditions	10
-Fibroids	6
-Adenocarcinoma	1
-Complications of hysterectomy	3
Sterilization	1

Table 2. Reasons for gynecological admissions to SICU over 3 years n=18

The 18 patients constituted (21.6%) of overall admissions. In Table 3 it can be seen that the 2 anesthetic complications admitted included a case of postoperative apnea and one of laryngospasm. One patient, who had general anesthesia for manual

removal of the placenta, had a prolonged neuromuscular blockade because of abnormal plasma cholinesterase. The other patient had severe laryngeal edema. Following tracheal extubation, she developed airway obstruction due to edema and required re-intubation.

Scoline apnea	1
Laryngobronchial spasm	1

Table 3. Anesthetic reasons for ObGyn admissions to SICU at KKHU over 3 years

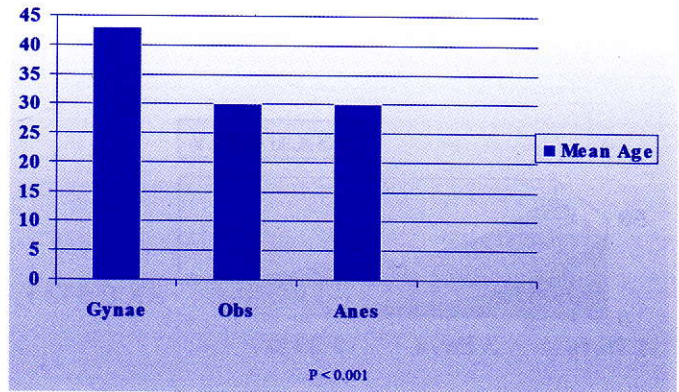


Fig 1. Mean age values of the three groups admitted to SICU at KKHU from the obstetric and gynecology services (1994-1997).

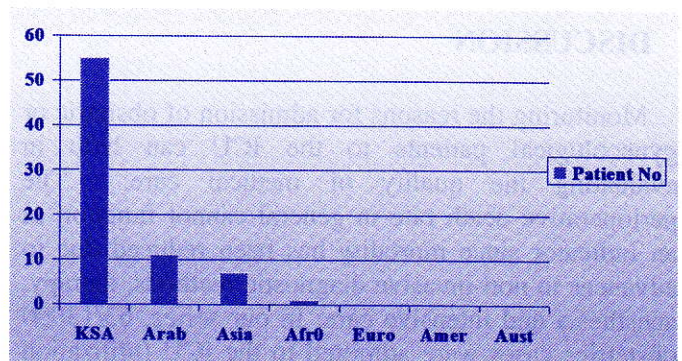


Fig 2. Nationality frequency distribution of patients admitted to SICU at KKHU from obstetric and gynecology services (1994-1997).

The SICU management of these patients included using some procedures not conventional to an



الخلاصة: إن تدبير الحالات الطارئة في التوليد وبعض الأمراض النسائية في وحدات عناية مركزة ضروري لرفع مستوى الرعاية الطبية.

INTRODUCTION

Review of the literature on obstetrical and gynecological admission to intensive care units included a number of studies from Europe,¹⁻⁴ North America,⁵⁻¹³ Australia,¹⁴ Africa,¹⁵ and Asia.¹⁶ The admission rate differs from country to country and was calculated at 0.07%,⁵ 0.12%,⁹ 0.26%,¹⁰ 0.3%,¹³ 0.9%¹⁵ in various studies. The distribution in one study was 71% for obstetrical and 29% for non-obstetrical complications.⁹ In a study of a mixed intensive care pool, the admissions of gynecological and obstetric cases represented 13.6% of ICU admissions.¹⁴ The risk factors for admission to intensive care obtained using the severity of disease scoring, which was estimated from the level of consciousness on admission, and the simplified acute physiology score (SAPS) indicated that the presence of past serious medical conditions, no maternal ward consultation, and multiple pregnancy were of predictive importance in obstetric patients.¹ The maternal mortality quoted in the literature varies from 21.7/1000000 deliveries in a maternal fetal intensive care unit,⁷ to 25% of intensive care admissions.⁴ Antepartum or postpartum hemorrhage, preeclampsia, and coexistent medical or surgical diseases stand as the most common diagnoses for admission to intensive care. Underlying pathology includes acute lung injuries, respiratory failure, cardiovascular failure, and sepsis.^{4,6,11-15} Hemorrhage and hypertensive diseases of pregnancy vary in incidence in developed and developing countries.^{14,15} The objective of this work was to study the gynecological and obstetrical conditions requiring post operative or post delivery intensive care admission in a large university teaching hospital in order to assess the spectrum of diseases, intervention required, and outcome. This is, to our knowledge, the first such report from the Kingdom of Saudi Arabia.

METHODS

The records of all patients requiring intensive care management from the Women's Division of the KKHU were reviewed retrospectively. The period extended from June 1994-June 1997. The following data were

obtained: maternal age, nationality, and presence of pre-existing diseases. The obstetrical patient was defined as any patient who was pregnant or up to one month postpartum. The gynecological patient was identified as the patient who had non-pregnancy related illnesses. The clinical history, the indication for intensive care, and the diagnosis on admission were determined and were recorded. The critical condition was categorized as obstetric, gynecological, or anesthetic. It was then subgrouped under the pathological condition that led to the need for ICU admission. The total number of days in the intensive care unit was included.

The need for monitoring, mechanical ventilation, and invasive monitoring or dialysis was recorded. Morbidity and mortality were recorded.

Data are presented in mean and standard deviation. Student t test and chi-square test were used for comparisons between obstetric and gynecological patients with $p < 0.05$ required for statistical significance.

RESULTS

During the three-year period, there were 63 SICU admissions due to obstetrical causes, 18 admissions for gynecological problems, and 2 admissions due to anaesthetic complications. The utilization rate was 0.48% for obstetrics patients, 0.32% for gynecology patients, and 0.01% for anesthesia patients. The mean age was 30+/-10 years for obstetrical and anesthesia patients and 43+/-14 years for gynecological patients (See Figure 1). Nationality of the majority was Saudi (See Figure 2).

The major reasons for admission are shown in Tables 1, 2, and 3. In Table 1, the obstetrical indications are shown: there were 20 cases (24%) of peripartum hemorrhage, 14 cases (16.8%) of hypertension during pregnancy and HELLP syndrome. There were 21 cases (25.3%) due to co-existing diseases. There were six cases (7.2%) of problems of delivery. There were 2



REASONS FOR ADMISSION OF OBSTETRICAL AND GYNECOLOGICAL PATIENTS TO SICU AT KKHU (1994-1997)

أسباب إدخال حالات الأمراض النسائية والتوليد إلى وحدة العناية المركزة في مستشفى الملك خالد الجامعي (1994-1997)

Mohamad S.M. Takrouri, M.D.; Mohamad A. Seraj, M.D.;
Abdulwahab S Al-Jabari, M.D.; Abdul Aziz Al-Meshari, M.D.

د. محمد تक्रوري، د. محمد سراج، د. عبد الوهاب الجباري، د. عبد العزيز المشاري

ABSTRACT

Background: Obstetrical cases generally tolerate labor and delivery without difficulty; however, there are certain conditions that require management in a special observation area. In the King Khalid University Hospital (KKUH), there is no such unit, so both mildly affected and critically ill patients are cared for in the SICU. Gynecological patients may also require such admission at times.

Objective: To study the gynecological and obstetrical conditions requiring intensive care admission in a large university teaching hospital.

Patients and Main Interventions: All obstetrical and gynecological patients who were admitted to the SICU were included. The demographic particulars, reason for admission, course of the SICU stay, and outcome were studied.

Results: During the study period of 3 years, there were 83 obstetrical and gynecological admissions to the SICU. The majority (n=63, 76.1%) of admissions were due to obstetrical complications and/or a combination of medical and surgical conditions. Gynecological admissions were less frequent (n=18, 21.6%). Two (n=2, 2.4%) cases were due to complications of anesthesia. There was no mortality in the group studied.

Conclusion: ICU management of major obstetrical emergencies and some gynecological patients is essential in maintaining a high level of patient care.

ملخص البحث

خلفية البحث: تتحمل الحوامل الشابات عادة الحمل والولادة بصورة جيدة، ولكن قد تتعرض الحوامل لبعض الحالات التي تتطلب عناية خاصة في وحدات مراقبة عالية. في مستشفى الملك خالد الجامعي الذي أجري فيه البحث لا يوجد مثل هذه الوحدات، لذا استعان الأطباء بوحدات العناية المركزة الجراحية، لعلاج ومراقبة مثل هذه الحالات.

هدف البحث: استهدفت الدراسة حالات الأمراض النسائية والتوليد اللاتي اقتضى إدخالهن إلى وحدة العناية المركزة الجراحية في مستشفى الملك خالد الجامعي.

المريضات والمداخلات الهامة: شملت الدراسة كل السيدات اللاتي أدخلن في وحدة العناية المركزة الجراحية، حيث أجريت دراسة من ناحية الخصائص البشرية (الديموغرافية)، وصنفت أسباب الإدخال، وتطور الحالات في العناية المركزة ونتائج العلاج.

النتائج: خلال مدة الدراسة، وهي ثلاث سنوات، جرى إدخال 83 حالة للأمراض النسائية والتوليد إلى وحدة العناية المركزة الجراحية، فكانت معظم الحالات ناجمة عن مضاعفات أثناء الولادة أو أمراض مصاحبة لها (63 حالة = 76.1%)، وفي 18 حالة (21.6%) كانت الأسباب تابعة للأمراض النسائية، بينما أدخلت حالتان (2.4%) بسبب مضاعفات التخدير. لم تحدث أية وفيات.

JABMS 2003;5(1):13-7E

*Mohamad S.M. Takrouri, M.D.; Professor of Anesthesia, Department of Anesthesia, College of Medicine, King Saud University, P.O. Box. 2925, Riyadh 11461, Kingdom of Saudi Arabia. E-mail: takrouri@ksu.edu.sa.

*Mohamad A. Seraj, M.D.; Professor and Chairman of Anesthesiology Department, King Saud University, Kingdom of Saudi Arabia.

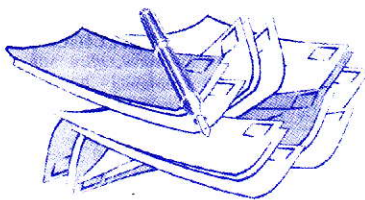
*Abdulwahab S Al-Jabari, M.D.; Assistant Professor of Obstetric and Gynecology Department, King Saud University, Kingdom of Saudi Arabia.

*Abdul Aziz A. Al-Meshari, M.D.; Professor and Chairman of Obstetric and Gynecology. Dean, of Medical College. KSU, Kingdom of Saudi Arabia.



REFERENCES

1. Habif TP. *Clinical dermatology*, 3rd edition. St. Louis. Mosby 1996:402-405.
2. Schmidt A. *Malassezia furfur*: a fungus belonging to the physiological skin flora and its relevance to skin disorders. *Cutis* 1997;59:21-4.
3. Gueho E, Midgley G, Guillot J. The genus *Malassezia* with description of four new species. *Antonie Van Leeuwenhoek* 1996;69:337-55.
4. Hay RJ, Moore M, Mycology, In: Champion RH, Burton JL, Burns DA Breathnach SM. *Rook Textbook of Dermatology* 6th edition, Volume 2. Oxford Blackwell Science Ltd 1998:1286-9.
5. Akpata LE, Gugnani HC, Utsalo SJ. *Pityriasis versicolor* in school children in cross river state of Nigeria. *Mycoses* 1990;33:549-51.
6. Terragni L, Lasagni A, Oriana A. *Pityriasis versicolor* in the pediatric age. *Pediatr Dermatol* 1991;9:9-12.
7. Boussida S, Bouday S, Ghorbel R, Mezious TJ, Marrekchi S, Turk H, Azhaf A. *Pityriasis versicolor* in children. A retrospective study of 164 cases. *Ann Dermatol Venereol* 1998;125:581-4.
8. Gadelha AR. *Pityriasis versicolor* in a newborn infant *Med Cutan Ibero Lat Am* 1994;12:237-8.
9. Robert SOB. *Pityrosporum orbiculare* incidence and distribution on clinically normal skin *Br J Dermatol* 1969;81:264-9.
10. Robert SOB. *Pityriasis versicolor* a clinical and mycological investigation. *Br J Dermatol* 1969;81:315-26.



Season	Number	Percentage
Spring	27	32.95
Summer	31	37.8
Autumn	15	18.3
Winter	9	10.95
Total	82	100

Table 2. Onset of the disease in relation to season of the year

The most frequent sites of the lesions were on the face (51.2%). The forehead accounted for 64.25% of the facial lesions. See Table 3.

Site	Number	Percentage
Face	42	51.2
Forehead	27	64.2
Preauricular	15	35.8
Mandibular area	17	40.4
Central face	0	0
Neck	31	37.8
Trunk	23	28.5
Extremities	6	7.3

Table 3. Site of involvement of the lesions
(Some patients had more than one site of involvement)

Most of the patients had multiple lesions. There were only 3 patients (3.6%) who had single lesions. Hypopigmented lesions were the most common variant (71.9%). See Table 4.

Color	Number	Percentage
Erythematous or pinkish	8	9.7
Hypopigmented	59	71.9
Hyperpigmented	23	28.5

Table 4. Color of the lesions
(Some patients had more than one type of lesion)

Scraping with potassium hydroxide examination was negative in all of the control cases.

DISCUSSION

Pityriasis versicolor is a common fungal infection that is seen most often in adolescents and young adults.^{1,4} The present study showed that the disease can occur in children since 10.8% of the cases in our clinic were in individuals under the age of 15. This is in agreement with the published literature.^{4,7} The fact that cases occur in childhood suggests that the pathogenic

factors involved in pityriasis versicolor, especially the complex lipid requirement and the increased growth of the microorganism with sebaceous activity,^{1,2} should be reconsidered. The disease has been reported in infants, even newborns;^{7,8} however, most studies agree that the condition occurs mainly among older children.^{4,7} The mean age of the children in this study was 11.7 years, and this is very close to the published reports. Females are affected slightly more often than males in our region, 54.8% vs. 45.2%. Most of the literature suggests that the sexes are equally prone to this condition,^{1,4,6,9} but there are certainly differences in susceptibility at different ages. One study in the Arab region showed results similar to our finding regarding the sex incidence.⁷ The presence of a high percentage with a positive family history in the studied children may be attributed to genetically determined host susceptibility factors or to greater opportunity for heavy colonization by *Malassezia furfur*, taking into consideration that the infection may be transmitted from another individual and does not necessarily arise from the individual's own autochthonous flora.¹⁰ The onset of the disease is more often in the spring and summer months. See Table 2. Similar results have been published previously.^{1,4,9} In the children studied, the face was the most commonly affected site. This is in contrast to its rarity as a site in adults.^{4,6} The facial preponderance of pityriasis versicolor in children has been observed in other published reports.^{5,7} Hypopigmented lesions were the most frequent variant of the disease in the children in our region. This is in agreement with other studies.^{6,7}

Scraping with potassium hydroxide examination provide a specific diagnostic tool that can be performed easily. It appears to be very useful in differentiating pityriasis versicolor from other hypopigmented lesions that affect the face of children such as pityriasis alba or vitiligo. All classical cases of the last two diseases showed a negative scraping test. This has been shown in another study.⁷

CONCLUSION

Although pityriasis versicolor is rarely found among children, the differential diagnosis of hypochromic lesions in children, especially on the face, should include this disease. Direct examination is a simple and specific test to confirm the diagnosis of the condition.



INTRODUCTION

Pityriasis versicolor is a common fungal infection of the skin that is caused by lipophilic yeasts, *Pityrosporum orbiculare* (round form) and *Pityrosporum ovale* (oval form).¹ Both forms were called *Malassezia furfur*, which is an anthropophilic fungus that belongs to the physiological skin flora.^{2,3} The fungus can grow in a yeast phase as well as in a mycelial form.^{2,4} The organism has a complex lipid requirement, and it appears in highest numbers in areas with increased sebaceous activity.^{1,2} The disease may occur at any age, but it much more common during adolescence and adulthood.^{1,4} The disease is rare in childhood.⁴ The patient usually presents with a single, or more often, multiple patches of changed skin color. Fine powdery scales are often evident on examination. The condition usually affects the neck and the upper trunk.^{1,4} Clinical diagnosis can be confirmed by finding a mixture of hyphae and budding yeasts in a special configuration, "spaghetti and meat balls" appearance, on microscopic examination of a sample obtained by scraping or the adhesive tape technique.¹ The present study was designed to assess the frequency and clinical features of pityriasis versicolor among children and to assess the diagnostic specificity of scraping and potassium hydroxide examination. To the best of our knowledge, this is the first such study done in our region. See Figure 1.

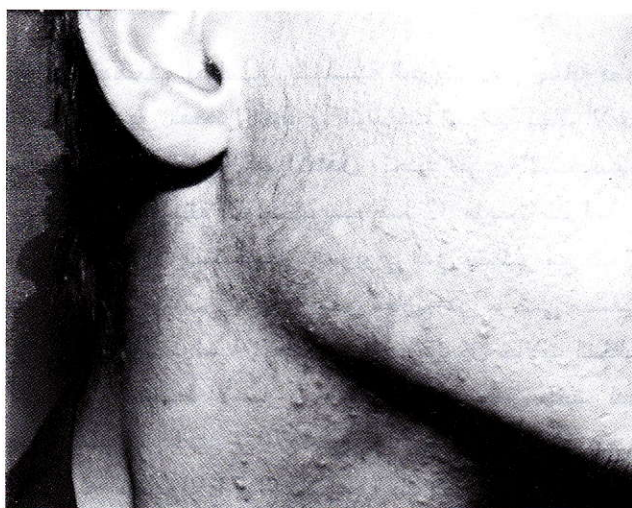


Figure 1. Case of pityriasis versicolor in a young patient

PATIENTS AND METHODS

Eighty two patients with pityriasis versicolor were studied during the period from June 1998 to June 2001 in the Department of Dermatology and Venereology in Saddam Teaching Hospital in Najaf, Iraq. The inclusion criteria included patients under the age of 15 years with a clinical presentation compatible with pityriasis versicolor and positive mycological diagnosis. The mycological diagnosis was done by light scraping of the lesion with a #15 surgical blade. The collected scales were examined microscopically after immersion for 15 minutes in a 20% potassium hydroxide solution.^{1,4} The finding of coarse mycelia fragmented to short filaments together with spherical thick walled yeasts confirmed the presence of the infection.⁴ For each patient enrolled in the study, the following data were obtained: age, sex, family history of the same condition, and onset of the disease in relation to the season of the year. A full clinical examination included the site and appearance of the lesions. Scraping with KOH examination was done for 82 age and sex matched children with a clinical diagnosis of pityriasis alba or vitiligo as a control group.

RESULTS

Pityriasis versicolor was diagnosed in 757 cases in our department during this time. There were 82 children (10.8%). The age of the children ranged from 15 months to 14 years. The mean age was 11.7 years. See Table 1.

Age	Number	Percentage
0-5	8	9.7
6-10	29	35.5
11 to <15	45	54.8
Total	82	100

Table 1. Age distribution of the patients

There were 45 females (54.8%) and 37 males (45.7%). Family history of pityriasis versicolor was positive in 57 patients (69.5%). In the three year study period, the main onset of the disease was during the spring and summer months (70.7%). See Table 2



PITYRIASIS VERSICOLOR IN CHILDREN A CLINICAL STUDY OF 82 CASES

النخالية المبرقشة لدى الأطفال: دراسة سريرية ضمت 82 حالة

Muhsin A. Al-Dhalimi, M.D.

د. محسن عبد الحسين الظالمي

ABSTRACT

Background & Objective: Pityriasis versicolor (PV) is a superficial fungal infection that is uncommonly reported in children. Clinical diagnosis can be confirmed by mycological examination of scales collected by scraping of the lesion or by an adhesive tape. The objective of this study was to assess the frequency and the clinical features of PV in Iraqi children and to ascertain the diagnostic specificity of direct mycological examination.

Patients and Methods: Eighty-two patients were included in the study during a 3-year period. The inclusion criteria included age less than 15 years, clinical diagnosis compatible with PV, and positive mycological diagnosis. Mycological examination was done for 82 age and sex matched patients with pityriasis alba or vitiligo as a control group.

Results: Children constituted 10.8% of all cases of PV seen in our department during the study period. The disease occurred mainly among older children, mean age 11.7 years. There was a slight female predominance. Family history was positive among 69.5% of the children. The disease presented mainly during the spring and summer months (70.7%). The lesions occurred mainly on the face (51.2%). The hypopigmented variant was predominant (71.9%). The scraping test for fungus was negative in all control cases.

Conclusion: PV occurs rarely among children, but the differential diagnosis of hypopigmented lesions on the face of a child should include this condition. Direct examination is a quick and easy test to confirm the diagnosis of the disease.

ملخص البحث

خلفية وهدف الدراسة: النخالية المبرقشة هي إصابة فطرية سطحية قليلة الشيوع بين الأطفال، ويمكن إثبات التشخيص السريري للحالة عن طريق الفحص الفطري للتوسفات المجمعة بحك الآفات أو بواسطة الشريط اللاصق. تهدف الدراسة لتقويم التواتر والأعراض السريرية للنخالية الملونة عند الأطفال وتحديد النوعية التشخيصية للفحص الفطري المباشر.

المرضى وطريقة الدراسة: تم ضم 82 مريضاً للدراسة خلال فترة ثلاث سنوات، وكانت معايير الدراسة هي الأعمار التي لا تزيد عن 15 سنة، والتشخيص السريري الذي يتماشى مع النخالية المبرقشة، وتحري الفطر الإيجابي. أجري تحري الفطور لـ 82 حالة لمجموعة شاهد ضمت أعمار وأجناس مقاربة من مرضى مصابين بالنخالية البيضاء أو البهاق.

النتائج: بلغت نسبة الأطفال 10.8% من كل حالات النخالية المبرقشة خلال فترة الدراسة حيث حدثت أغلب الحالات لدى الأطفال الأكبر عمراً (متوسط الأعمار 11.7 سنة)، مع رجحان طفيف لدى الإناث. كان التاريخ العائلي للمرض إيجابياً في 69.5% من الحالات. حدث المرض في 70.7% من الحالات في فصلي الربيع والصيف، ووجدت الآفات بصورة رئيسية في الوجه (51.2%) مع غلبة الآفات قليلة التصبغ (71.9%). اختبار الحك للتشخيص الفطري كان سلبياً في جميع حالات مجموعة الشاهد.

الخلاصة: قد تشاهد حالات نادرة من النخالية المبرقشة لدى الأطفال، لذا يجب وضعها في التشخيص التفريقي للآفات قليلة التصبغ وخاصة التي تحدث في الوجه. الفحص الفطري المباشر طريقة سهلة وسريعة تمكن من تأكيد التشخيص.

JABMS 2003;5(1):9-12E

REQUIREMENTS FOR MANUSCRIPTS SUBMITTED TO THE JOURNAL OF THE ARAB BOARD OF MEDICAL SPECIALIZATIONS

These requirements are adapted from the “Uniform Requirements for Manuscripts (URM) Submitted to Biomedical Journals by the International Committee of Medical Editors.” The complete text is available at www.acponline.org/journals/resource/unifreqr.htm.

- The JABMS prefers that all manuscripts be submitted on IBM compatible diskettes, along with the original typed manuscript plus 3 additional copies.
- The manuscripts should be typed double-spaced, including the title page, abstract, acknowledgements, references, tables and legends. Use only one side of each page. White bond paper 203x254 mm. (8x10 inch) should be used. Leave margins of at least 25 mm. (1 inch) on each side.
- 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 the size of a standard A4 page (210x297mm).
- Specific medical terms should be accompanied by the correct English or Latin translation.
- The abstract should be structured, submitted both in English and in Arabic; the length of each of the abstracts should not exceed 250 words.
- Personal lectures or unpublished articles are not acceptable as references.
- 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.

The Arab Board and the Journal of the Arab Board of Medical Specializations accept no responsibility for statements made by contributing authors in articles published by the Journal. Likewise, the publication of advertisements does not imply endorsement.



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 Specializations.....P 115 ☞

ORIGINAL ARTICLES

- Pityriasis Versicolor in Children: A Clinical Study of 82 Cases
Muhsin A. Al-Dhalimi, M.D.(Iraq).....P 9 ☞
- Reasons for Admission of Obstetrical and Gynecological Patients to SICU at KKUH (1994-1997)
Mohamad Takrouri, M.D.; Mohamad Seraj, M.D.; Abdul Wahab Al-Jabari, M.D.; Abdul Aziz Al-Meshari, M.D.(Saudi Arabia).....P 13 ☞
- Use of Chlorhexidine Gluconate for Fungal Keratitis in Iraq
Faiz I. Al Shakarchi, M.D.; Moeed A.H. Kashen, M.D.; Alaa A. Abdul Rasool, M.D.; Farrok K. Hassen, M.D.(Iraq).....P 18 ☞
- Etiology of Bilateral Recurrent Laryngeal Nerve Paralysis in Sudanese Patients
Osman Mohamed El Mustafa, M.D.(Sudan).....P 22 ☞
- Primary Langerhans Cell Histiocytosis of the Small Bowel: Report of Three Cases
Zuheir Al-Shehabi, M.D.; Hassan Zayzafoon, M.D.(Syria).....P 25 ☞
- Management, Complications, and Outcome of 100 Cases of Meningococcal Meningitis in Gezira State, Central Sudan in 1999
Hussein Omar Zeidan, M.D.; Abdalla Abdelkarim Gibriel, M.D.; Ahmed Abdalla Mohamadani, M.D.; Abdelrahim Mutwakal, M.D.; Sanna Fadalla, M.D.(Sudan) P 32 ☞
- FNA Compared to Histological Studies of Pulmonary and Mediastinal Lesions
L. Haffar, M.D.; M.K. Zougheiby, M.D.(Syria).....P 106 ☞
- Results of the New WHO Therapeutic Protocol in the Management of Severe Malnutrition in Syria
Mahmoud Bozo, M.D.(Syria).....P 113 ☞

CASE REPORT

- The "Forgotten" Intrauterine Contraceptive Device: An Unusual Case
Suraiya S. Khwaja, M.D.; Aymen Al-Talib, M.D.; M. Hisham Al-Sibai, M.D.; Baher A. Kamal, M.D.(Saudi Arabia).....P 36 ☞
- Spodyloepiphyseal Dysplasia Tarda: A Report of Two Cases With X-Linked Inheritance
Wajdi M. Amayreh, M.D.; Khalid Al-Daoud, M.D.; Issa Sawaged, M.D.(Jordan).....P 39 ☞

LETTERS TO THE EDITOR

-P 91 ☞

CURRENT TOPICS

- New Trends in Treatment With Botulinum Toxin Type A.....P 90 ☞

SELECTED ABSTRACTS

-P 84 ☞

NEWS, ACTIVITIES & GRADUATES OF THE ARAB BOARD OF MEDICAL SPECIALIZATIONS

-P 98 ☞

Advisory Board

PEDIATRICS

*SG.AL-Faori, MD (1)
 *MO.AL-Rwashedh, MD (1)
 *HW.Abid.AL-Majid, MD (1)
 *Aal.AL-Kheat, MD (2)
 *Y.Abdulrazak, MD (2)
 *A.M.Muhammed, MD (3)
 *Aj.AL-Abbasi, MD (3)
 *F.AL-Mahrous, MD (3)
 *Ar.AL-Frayh, MD (5)
 *AH.AL-Amodi, MD (5)
 *AL.AL-Fraedi, MD (5)
 *M.Y.YakupJan, MD (5)
 *J.Bin Oof, MD (6)
 *MS.AL-h.Abdulsalam, MD (6)
 *M.Abd.M.Hasan, MD (6)
 *H.M.Ahmad, MD (6)
 *H.Mountada, MD (7)
 *MA.Srio, MD (7)
 *Z.Shwaki, MD (7)
 *M.Fathalla, MD (7)
 *I.AL-Naser, MD (8)
 *A.G.AL-Rawi, MD (8)
 *H.D.AL-Jer mokli, MD (8)
 *ND.AL-Roznamji, MD (8)
 *S.AL-Khusebi, MD (9)
 *G.M.Aalithani, MD (10)
 *K.AL-AL-Saleh, MD (11)
 *M.Helwani, MD (12)
 *S.Marwa, MD (12)
 *Z.Bitarr, MD (12)
 *M.Mekati, MD (12)
 *R.Mekhael, MD (12)
 *SM.AL-Barghathi, MD (13)
 *MH.AL-Souhil, MD (13)
 *S.AL-Marzouk, MD (13)
 *KA.Yousif, MD (13)
 *J.Ah.Otman, MD (14)
 *A.M.AL-Shafei, MD (16)

INTERNAL MEDICINE

*M.Shennak, MD (1)
 *M.S.Ayup, MD (1)
 *RA.Ibrahim, MD (3)
 *M.AL-Nuzha, MD (5)
 *S.Ag.Mera, MD (5)
 *H.Y.Dressi, MD (5)
 *I.AL-Touami, MD (5)
 *HAH.AL-Trabi, MD (6)
 *O.Khalafallah Saeed, MD (6)
 *J.Daf'allah, Alakeb, MD (6)
 *S.AL-Sheikh, MD (7)
 *L.Fahdi, MD (7)
 *A.Sada, MD (7)
 *A.Darwish, MD (7)
 *Z.Darwish, MD (7)
 *M.Masri.Zada, MD (7)
 *N.Issa, MD (7)
 *R.Rawi, MD (8)
 *M.Fallah.AL-Rawi, MD (8)
 *S.Krekorstrak, MD (8)
 *KH.Abdullah, MD (8)
 *L.Abd.H.AL-Hafez, MD (8)
 *G.Zbaidi, MD (9)
 *B.AL-Reyami, MD (9)
 *S.Alkabi, MD (10)
 *K.AL-Jara Allah, MD (11)
 *N.ShamsAldeen, MD (12)
 *S.Atwa, MD (12)
 *S.Mallat, MD (12)
 *J.AL-Bohouth, MD (12)
 *A.Geryani, MD (13)
 *S.DDSanusiKario, MD (13)
 *T.Alshafeh, MD (13)
 *I.AL-Sharif, MD (13)
 *M.Frandah, MD (13)
 *I.M.Khudar, MD (14)
 *Th.Muhsen Nasher, MD (16)
 *M.Alhreabi, MD (16)

OBSTETRICS & GYNECOLOGY

*Aa.I'essa, MD (1)
 *A.Batayneh, MD (1)
 *M.Bata, MD (1)
 *M.Shukfeh, MD (2)
 *H.Karakash, MD (2)
 *A.Alshafie, MD (3)
 *Z.AL-Joufai, MD (3)
 *M.H.AL-Sbai, MD (5)
 *Aa.Basalama, MD (5)
 *O.H.Alharbi, MD (5)
 *T.AL-Khashkaji, MD (5)
 *H.AL-Jabar, MD (5)
 *H.Abdulrahman, MD (6)
 *M.A.Abu Salab, MD (6)
 *MS.AL-Rih, MD (6)
 *A.AL-Hafiz, MD (6)
 *A.H.Yousef, MD (7)
 *I.Hakie, MD (7)
 *S.Faroon, MD (7)
 *N.Yasmena, MD (7)
 *A.M.Hamoud, MD (7)
 *K.Kubbeh, MD (8)

*S.Khondah, MD (8)
 *RM.Saleh, MD (8)
 *M.AL-Saadi, MD (8)
 *NN.AL-Barmouti, MD (8)
 *S.Sultan, MD (9)
 *H.Altamimi, MD (10)
 *AR.Aladwani, MD (11)
 *J.Aboud, MD (12)
 *G.Alhaj, MD (12)
 *H.Ksbar, MD (12)
 *K.Karam, MD (12)
 *M.Alkennin, MD (13)
 *A.O.Ekra, MD (13)
 *F.Bouzkeh, MD (13)
 *I.A.Almuntaser, MD (13)
 *A.Elyan, MD (14)
 *A.H.Badawi, MD (14)
 *M.R.Alshafie, MD (14)

SURGERY

*I.Bany Hany, MD (1)
 *A.Ashenak, MD (1)
 *A.Srougeah, MD (1)
 *A.S.Alshreda, MD (1)
 *M.Nessair, MD (1)
 *S.Dradkeh, MD (1)
 *A.AL-Sharaf, MD (2)
 *A.Abdulwahab, MD (3)
 *MA.AL-Awadi, MD (3)
 *M.Howesa, MD (4)
 *A.AL-Bounian, MD (5)
 *Y.Gamal, MD (5)
 *M.Alsalman, MD (5)
 *Z.Alhalees, MD (5)
 *N.Alawad, MD (5)
 *AH.B.Jamjoom, MD (5)
 *M.H. Mufty, MD (5)
 *A.Mufty, MD (5)
 *M.Karmally, MD (5)
 *A.AL-Allah, MD (6)
 *MS.Kilani, MD (6)
 *A.AL-Majed Musaed, MD (6)
 *O.Otman, MD (6)
 *L.Nadaf, MD (7)
 *H.Kiali, MD (7)
 *A.Imam, MD (7)
 *F.Asaad, MD (7)
 *S.Kial, MD (7)
 *M.Hussami, MD (7)
 *S.AL-Kabane, MD (7)
 *S.Sama'an, MD (7)
 *M.Z.AL-Shamaa, MD (7)
 *O.AL-maamoun, MD (7)
 *M.F.AL-Shami, MD (7)
 *M.AL-Shami, MD (7)
 *H.Bekdash, MD (7)
 *M.H.Qtramiz, MD (7)
 *M.AL-Rahman, MD (8)
 *O.N.M.Rifaat, MD (8)
 *H.Dure, MD (8)
 *AH.Alkhalely, MD (8)
 *M.Ailwaty, MD (9)
 *M.A.Alhrme, MD (10)
 *M.A.AL-Jarallah, MD (11)
 *A.Bahbahane, MD (11)
 *M.A.Bulbul, MD (12)
 *M.Khalifeh, MD (12)
 *P.Farah, MD (12)
 *K.Hamadah, MD (12)
 *J.Abdulnour, MD (12)
 *F.S.Hedad, MD (12)
 *M.Oubeid, MD (12)
 *M.AL-Awami, MD (13)
 *A.F.Ahteosh, MD (13)
 *A.Makhlouf, MD (13)
 *AR.Alkeroun, MD (13)
 *I.A.F.Saeed, MD (14)
 *A.S.Hammam, MD (14)
 *A.F.Bahnasy, MD (14)
 *H.Alz.Hassan, MD (14)
 *A.Hreabe, MD (16)
 *MA.Qataa, MD (16)

FAMILY & COMMUNITY MEDICINE

*S.Hegazi, MD (1)
 *A.Abbass, MD (1)
 *S.Kharabshah, MD (1)
 *AG.AL-Hawi, MD (2)
 *SH.Ameen, MD (3)
 *F.AL-Nasir, MD (3)
 *N.Ald.Ashour, MD (4)
 *S.Saban, MD (5)
 *G.Garallah, MD (5)
 *B.Aba Alkear, MD (5)
 *N.AL-Kurash, MD (5)
 *A.Albar, MD (5)
 *Y.Almzrou, MD (5)
 *M.M.Mansour, MD (6)
 *A.A.AL-Toum, MD (6)
 *A.Altaeab, MD (6)
 *A.Moukhtar, MD (6)
 *H.Bashour, MD (7)
 *M.AL-Sawaf, MD (7)
 *A.Dashash, MD (7)
 *S.AL-Obaide, MD (8)
 *A.Neazy, MD (8)
 *S.Dabbag, MD (8)
 *K.Habeeb, MD (8)
 *A.G.Mouhamad, MD (9)
 *S.AL-Mari, MD (10)
 *A.AL-Bahoo, MD (11)
 *M.Khogale, MD (12)
 *N.Karam, MD (12)
 *H.Awadah, MD (12)
 *M.N.Samio, MD (13)
 *M.A.AL-Hafiz, MD (13)
 *M.Bakoush, MD (13)
 *O.AL-Sudani, MD (13)
 *Sh.Nasser, MD (14)
 *N.Kamel, MD (14)
 *F.Nouraldeen, MD (15)
 *G.Gawood, MD (15)
 *I.Abulalam, MD (15)
 *A.Bahatab, MD (16)
 *A.Sabri, MD (16)

PSYCHIATRY

*S.Abo-Danon, MD (1)
 *N.Abu Hagleh, MD (1)
 *T.Daradkeh, MD (2)
 *MK.AL-Hadad, MD (3)
 *A.AL-Ansari, MD (3)
 *M.Alhafany, MD (4)
 *A.Sbaei, MD (5)
 *KH.AL-Koufly, MD (5)
 *A.A.Mouhamad, MD (6)
 *A.Edrise, MD (6)
 *A.Y.Ali, MD (6)
 *D.Abo.Baker, MD (6)
 *H.Khure, MD (7)
 *A.A.Younis, MD (8)
 *A.Gaderi, MD (8)
 *R.Azawi, MD (8)
 *M.A.Sameray, MD (8)
 *S.Manai, MD (10)
 *M.Khani, MD (12)
 *F.Antun, MD (12)
 *S.Badura, MD (12)
 *A.Albustani, MD (12)
 *S.A.AL-Majrisi, MD (13)
 *A.M.T.AL-Rouiai, MD (13)
 *A.AL-Raaf.Rakhis, MD (13)
 *M.Karah, MD (13)
 *Y.Rekhawi, MD (14)
 *S.AL-Rashed, MD (14)
 *M.Kamel, MD (14)
 *M.Ganem, MD (14)
 *A.Sadek, MD (14)
 *N.Louza, MD (14)
 *A.H.AL-Iriani, MD (16)

DERMATOLOGY

*M.Sharaf, MD (1)
 *Y.Damen, MD (1)
 *I.Keldari, MD (2)
 *Kh.Areed, MD (3)
 *M.Kamun, MD (4)
 *A.M.AL-Zahaf, MD (4)
 *A.Abdrahboh, MD (5)
 *O.AL-Shekh, MD (5)
 *A.AL-Muhandes, MD (5)
 *S.AL-Jaber, MD (5)
 *A.S.AL-Kareem, MD (5)
 *O.Taha, MD (6)
 *B.Ahmed, MD (6)
 *A.A.AL-Hassan, MD (6)
 *A.Hussen, MD (7)
 *S.Dawood, MD (7)
 *H.Sleman, MD (7)
 *H.Anbar, MD (8)
 *Z.Agam, MD (8)
 *K.AL-Sharki, MD (8)
 *Y.S.Ibrahim, MD (8)
 *A.Sweid, MD (9)
 *H.Abdallah, MD (10)
 *H.AL-Ansari, MD (10)
 *K.AL-Saleh, MD (11)
 *A.AL-Sef, MD (11)
 *A.AL-Fauzan, MD (11)
 *A.Kubby, MD (12)
 *R.Tanb, MD (12)
 *F.Alsed, MD (12)
 *M.Ben Gzel, MD (13)
 *I.Sas, MD (13)
 *M.M.Houmaideh, MD (13)
 *A.M.Bou-Qrin, MD (13)
 *M.I.Zarkani, MD (14)
 *M.A.Amer, MD (14)

ANESTHESIA & INTENSIVE CARE

*B.Atear, MD (1)
 *A.Amrou, MD (1)
 *B.A.AL-Barznaji, MD (1)
 *Ag.Kouhaji, MD (3)

*M.A.Seraj, MD (5)
 *D.Khudhairi, MD (5)
 *S.Marzuki, MD (5)
 *A.AL-gamedy, MD (5)
 *K.Mobasher, MD (6)
 *A.A.AL-Haj, MD (6)
 *N.A.Abdullah, MD (6)
 *O.AL-Dardiri, MD (6)
 *F.Assaf, MD (7)
 *B.Alabed, MD (7)
 *M.T.Aljaser, MD (7)
 *A.Armaoot, MD (7)
 *M.Rekabi, MD (8)
 *Ar.Kattan, MD (11)
 *M.Mualem, MD (12)
 *A.Barakeh, MD (12)
 *M.Antaky, MD (12)
 *G.Bshareh, MD (12)
 *H.Agag, MD (13)
 *A.AL-Shareef, MD (13)
 *A.H.AL-flah, MD (13)
 *O.A.Adham, MD (13)
 *A.A.Wafaa, MD (13)
 *Am.Taha, MD (14)
 *M.M.AL-Naqeeb, MD (14)
 *Y.AL-Hraby, MD (16)

OPHTHALMOLOGY

*N.Sarhan, MD (1)
 *G.Jeuossi, MD (1)
 *M.AL-Salem, MD (1)
 *Y.A.AL-Medwahi, MD (2)
 *A.A.Ahmed, MD (3)
 *Kh.Tabara, MD (5)
 *M.AL-Faran, MD (5)
 *Ar.Gadyan, MD (5)
 *A.M.Almarzouky, MD (5)
 *A.AL-Alwady, MD (5)
 *K.Abdallah, MD (6)
 *S.Kh.Thabet, MD (6)
 *A.S.AL-Oubaid, MD (6)
 *A.AL-Sidik, MD (6)
 *J.Fatuoh, MD (7)
 *R.Saeed, MD (7)
 *N.I.Zahlouk, MD (7)
 *A.Azmeh, MD (7)
 *M.AL-Khiat, MD (7)
 *I.Farah, MD (7)
 *M.AL-Khesheh, MD (8)
 *M.Sleman, MD (8)
 *O.AL-Yakoubi, MD (8)
 *Ah.Lawaty, MD (9)
 *F.Kahtany, MD (10)
 *A.Alabed-Alrazak, MD (11)
 *B.Noural-Deen, MD (12)
 *A.Khoury, MD (12)
 *I.Aboud, MD (12)
 *G.Blek, MD (12)
 *M.Bin-Amer, MD (13)
 *M.AL-Shtievy, MD (13)
 *A.T.AL-Kalhood, MD (13)
 *F.AL-Farjani, MD (13)
 *M.AL-Zin, MD (13)

ENT, HEAD & NECK SURGERY

*A.AL-Lailah, MD (1)
 *D.A.AL-Lauzi, MD (1)
 *AA.AL-Noaeme, MD (2)
 *A.Jammal, MD (3)
 *A.AL-Khdeem, MD (4)
 *F.Zahrar, MD (5)
 *AA.Aldkhal, MD (5)
 *A.Sarhani, MD (5)
 *AA.Ashour, MD (5)
 *AK.Alhadi, MD (6)
 *O.Moustafa, MD (6)
 *K.M.Shambool, MD (6)
 *M.Fadlallah, MD (6)
 *A.Hajar, MD (7)
 *M.Alsaman, MD (7)
 *M.Ibraheem, MD (7)
 *Ar.Yusefi, MD (7)
 *M.Tasabehji, MD (7)
 *M.Badri, MD (8)
 *N.Shabab, MD (8)
 *M.Mousawi, MD (8)
 *M.Khabouri, MD (9)
 *A.AL-Joufai, MD (10)
 *A.AL-Ali, MD (11)
 *N.Flehan, MD (12)
 *S.Mansour, MD (12)
 *S.AL-Routaimi, MD (13)
 *M.F.Maatoook, MD (13)
 *J.Amer, MD (13)
 *A.Shaale, MD (13)
 *M.Khalifa, MD (14)
 *W.Aboshlip, MD (14)
 *H.Naser, MD (14)
 *M.H.Abdul, MD (14)
 *M.AL-Khateeb, MD (16)
 *M.F.Alazay, MD (16)

ORAL & MAXILLOFACIAL SURGERY

*G.Bukaen, DDS (1)
 *K.AL-Sharaa, DDS (1)
 *I.Arab, DDS (2)
 *K.Rahemi, DDS (5)
 *A.Shabab Aldeen, DDS (5)
 *T.Alkhateeb, DDS (5)
 *O.AL-Gindi, DDS (6)
 *A.Sleman, DDS (6)
 *A.Tulemat, DDS (7)
 *M.Sabel-Arab, DDS (7)
 *E.Alawwa, DDS (7)
 *N.Khuradji, DDS (7)
 *I.Shaban, DDS (7)
 *M.Tintawi, DDS (7)
 *I.Ismaili, DDS (8)
 *I.Ismaili, DDS (9)
 *A.Darwish, DDS (10)
 *Y.AL-Doairi, DDS (11)
 *A.Khuri, DDS (12)
 *M.Mais, DDS (12)
 *M.Frinka, DDS (13)
 *M.Alkabeer, DDS (13)
 *M.Alaraby, DDS (13)
 *G.Abdullah, DDS (13)
 *I.Zeitun, DDS (14)
 *M.M.Lutfy, DDS (14)

EMERGENCY MEDICINE

*K.H.Hani, MD (1)
 *A.Kloub, MD (1)
 *K.AL-Dawood, MD (1)
 *J.Almha, MD (3)
 *M.Hamdy, MD (3)
 *M.M.Salman, MD (5)
 *T.Bakhesh, MD (5)
 *A.AL-Houdaib, MD (5)
 *H.Keteb, MD (5)
 *I.Aloujely, MD (7)
 *M.B.Emam, MD (7)
 *M.AL-Arag, MD (7)
 *M.Aloubedy, MD (8)
 *A.Almouslah, MD (10)
 *KH.Alsahlawy, MD (11)
 *R.Mashrafia, MD (12)
 *A.Zugby, MD (12)
 *G.Bashara, MD (12)
 *SH.Mukhtar, MD (14)
 *A.AL-Khouli, MD (14)

RADIOLOGY

*H.A.Hjazi, MD (1)
 *H.AL-Oumari, MD (1)
 *A.AL-Hadidi, MD (1)
 *L.Ikiland, MD (2)
 *N.S.Jamshir, MD (3)
 *A.Hamo, MD (3)
 *M.M.AL-Radadi, MD (5)
 *I.A.AL-Arini, MD (5)
 *I.Oukar, MD (7)
 *B.Sawaf, MD (7)
 *F.Naser, MD (7)
 *A.I.Darwish, MD (9)
 *A.S.Omar, MD (10)
 *N.AL-Marzook, MD (11)
 *A.AL-Ketabi, MD (12)
 *M.Gousain, MD (12)
 *F.M.Shoumbush, MD (13)
 *O.M.AL-Shamam, MD (13)
 *K.A.AL-Mankoush, MD (13)
 *A.O.AL-Saleh, MD (13)
 *S.Makarem, MD (14)
 *A.A.Hassan, MD (14)
 *M.M.AL-Rakhawi, MD (14)
 *A.M.Zaid, MD (14)

LABORATORY MEDICINE

*S.Amr, MD (5)
 *M.Jeiroudi, MD (7)
 *T.Ismail, MD (7)
 *G.Baddour, MD (7)
 *M.D.Joumaa, MD (7)

- 1: Kingdom of Jordan
- 2: United Arab Emirates
- 3: State of Bahrain
- 4: Arab Republic of Tunisia
- 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 Jamahiriyia
- 14: Arab Republic of Egypt
- 15: Kingdom of Morocco
- 16: The Republic of Yemen

*Members in the scientific councils

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

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

Raydeh 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

Anwar AL-Farrah, M.D./ Syria

Chairman of the Scientific Council of Internal Medicine

Salwa Al- Sheikh, M.D./ Syria

Chairman of the Scientific Council of Surgery

Abedel Rahman Al-Bunyan, M.D./ Saudi Arabia

Chairman of the Scientific Council of Family & Community Medicine

Mustafa Khogali, M.D./ Lebanon

Chairman of the Scientific Council of Oral & Maxillofacial Surgery

Mukhtar Tantawi, D.D.S./ Syria

Chairman of the Scientific Council of Dermatology

Ibrahim Keldari, M.D./ UAE

Chairman of the Scientific Council of Anesthesia & Intensive Care

Anis Baraka, M.D./ Lebanon

Chairman of the Scientific Council of Ophthalmology

Ahmed Abdallah Ahmed, M.D./ Bahrain

Chairman of the Scientific Council of Psychiatry

Riad Azawi, M.D./ Iraq

Chairman of the Scientific Council of ENT, Head & Neck Surgery

Majdi Hamed Abdo, M.D./ Egypt

Chairman of the Scientific Council of Emergency Medicine

Musaed Bin M. Al-Salman/ Saudi Arabia

Chairman of the Scientific Council of Radiology

Bassam Al-Sawaf, M.D./ Syria

Editorial Assistants

**Mouna Graoui
Lama Trabelsy
Lina Kallas**

**Mouznah Al Khani
Rahaf Bitar
Ghaida Al Khaldi
Lina Jeroudi**

**Rolan Mahasen, M.D.
Asaad Al Hakeem
Suzana Kailani**

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, case reports, and letters to the editor, 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: jabms@scs-net.org www.cabms.org

A breakthrough in PE & DVT

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: 0665 200, TLX: 225250 LEOS GR, ATHENS, FAX: 0578 491
www.leo-pharma.com



JOURNAL OF THE ARAB BOARD OF MEDICAL SPECIALIZATIONS



A Quarterly Medical Journal
Encompassing all Medical Specializations

JABMS Vol.5, No.1, 2003