



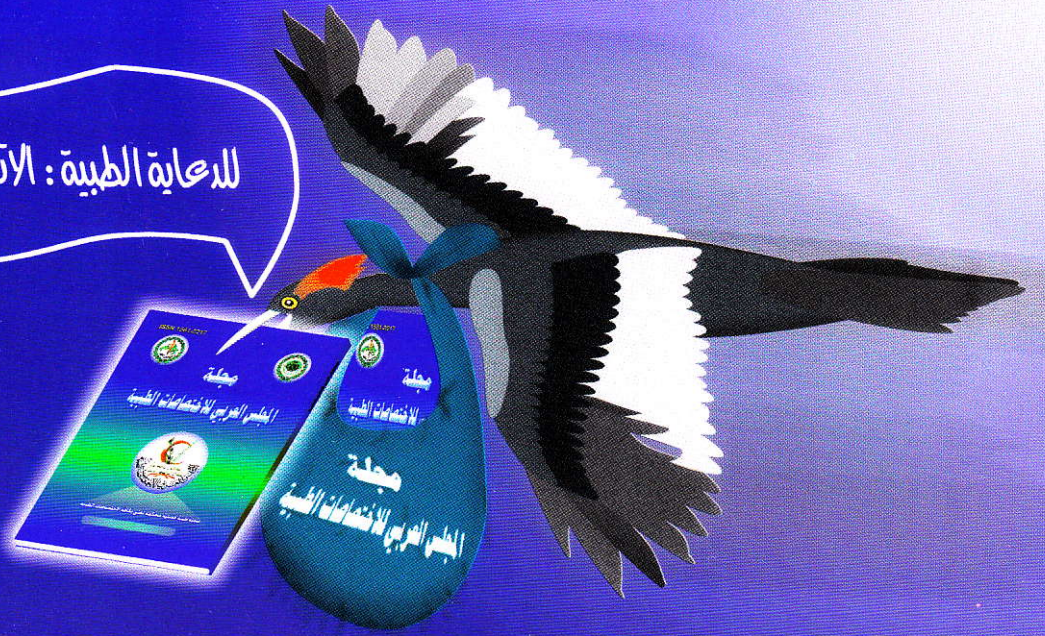
مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية



مجلة طبية فصلية محكمة تعنى بكافة الاختصاصات الطبية

مجلد 8 - عدد 1 - 2006 م - 1427 هـ

للدعاية الطبية : الاتصال بملتب المجلة



مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية

مجلة طبية دورية محكمة تعنى بكافة الاختصاصات الطبية

تصدر كل ثلاثة أشهر

هيئة الإشراف العام

رئيس الهيئة العليا للمجلس العربي للاختصاصات الطبية

الأستاذ الدكتور فيصل رضي الموسوي - رئيس مجلس الشورى / مملكة البحرين

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

الأستاذ الدكتور رياض العزاوي / العراق

رئيس المجلس العلمي لاختصاص الأنف والأذن والحنجرة

الأستاذ الدكتور صالح منصور / لبنان

رئيس المجلس العلمي لاختصاص جراحة الفم والوجه والفكين

الأستاذ الدكتور مختار طنطاوي / سورية

رئيس المجلس العلمي لاختصاص طب الطوارئ

الأستاذ الدكتور عبد الله العديب / السعودية

رئيس المجلس العلمي لاختصاص التشخيص الشعاعي

الأستاذ الدكتور بسام الصوات / سورية

رئيس المجلس العلمي لاختصاص طب الأطفال

الأستاذ الدكتور أكبر محمد / البحرين

رئيس المجلس العلمي لاختصاص الولادة وأمراض النساء

الأستاذ الدكتور هشام السباعي / السعودية

رئيس المجلس العلمي لاختصاص الأمراض الباطنة

الأستاذة الدكتورة سلوى الشيخ / سورية

رئيس المجلس العلمي لاختصاص الجراحة

الأستاذ الدكتور احتيوش فرج احتيوش / ليبيا

رئيس المجلس العلمي لاختصاص طب الأسرة والمجتمع

الأستاذ الدكتور فيصل الناصر / البحرين

رئيس المجلس العلمي لاختصاص الأمراض الجلدية

الأستاذ الدكتور إبراهيم كلداري / الإمارات العربية المتحدة

مساعدو التحرير

الدكتورة رولان محاسن

المهندس أسعد الحكيم

سوزانا الكيلاني

الصيدلانية مزنة الخاني

لينا جيرودي

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 الأبحاث الأصلية *Original Articles*، والدراسات في الأدب الطبي *Review Articles*، وتقارير عن الحالات الطبية الهامة *Case Reports*، وذلك بإحدى اللغتين العربية أو الإنجليزية، مع ملخص مرفق باللغة الأخرى، كما تقبل رسائل إلى المحرر عن البحوث 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 تعليم اختصاصية مؤلفة أساساً من السادة الأساتذة الأطباء أعضاء المجالس العلمية للاختصاصات الطبية، وبمشاركتهم لساتنة الجامعات والاختصاصيين في كافة البلاد العربية.

نرسل كافة المراسلات إلى العنود التالي:

مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية

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

دمشق - الجمهورية العربية السورية

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

E-mail: jabms@scs-net.org

www.cabms.org

www.jabms.org

دليل النشر في مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية

تتبع المقالات المرسلة إلى مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية الخطوط التالية المطلوبة للمجلات الطبية من قبل الهيئة الدولية لمحرري المجلات الطبية، وإن النص الكامل لها موجود على الموقع الإلكتروني <http://www.icmje.org/>

1- المقالات التي تتضمن بحثاً أصيلاً يجب أن لا تكون قد نشرت سابقاً بشكل كامل مطبوعة أو بشكل نص إلكتروني. ويمكن نشر الأبحاث التي سبق أن قدمت في لقاءات طبية.

2- كافة المقالات المرسلة إلى المجلة تقيم من قبل لجنة تحكيم مؤلفة من عدد من الاختصاصيين، بشكل ثنائي التعمية، بالإضافة إلى تقييمها من قبل هيئة التحرير. وهذه المقالات قد تقبل مباشرة بعد تحكيمها، أو تعاد إلى المؤلفين لإجراء تعديلات عليها، أو ترفض.

3- تقبل المقالات باللغتين العربية أو الانكليزية. ويجب أن ترسل صفحة العنوان باللغتين العربية والانكليزية، متضمنة عنوان المقال وأسماء الباحثين بالكامل باللغتين وكذلك صفتهم العلمية. تستخدم الأرقام العربية (1، 2، 3...) في كافة المقالات.

4- يجب أن تطابق المصطلحات الطبية باللغة العربية ما ورد في المعجم الطبي الموحد (موجود على الموقع الإلكتروني <http://www.emro.who.int/umhd/> أو <http://www.emro.who.int/ahsn/>)، مع ذكر الكلمة العلمية باللغة الانكليزية أو اللاتينية أيضاً (يمكن أيضاً إضافة المصطلح الطبي المستعمل محلياً بين قوسين).

5- يجب احترام حق المريض في الخصوصية مع حذف المعلومات التي تدل على هوية المريض إلا في حال الضرورة التي توجب الحصول على موافقة المريض عند الكشف عن هويته بالصور أو غيرها.

6- تذكر أسماء الباحثين الذين شاركوا في البحث بصورة جديّة. وتتم المراسلة مع أحد الباحثين أو اثنين منهما (يجب ذكر عنوان المراسلة بالكامل وبوضوح).

7- يجب أن تتبع طريقة كتابة المقال مايلي:

- يكتب المقال على وجه واحد من الورقة وبمسافة مضاعفة بين الأسطر (تنسيق الفقرة يتباعد أسطر مزدوج)، ويبدأ كل جزء بصفحة جديدة. ترقيم الصفحات بشكل متسلسل ابتداء من صفحة العنوان، يليها الملخص مع الكلمات المفتاحية keywords ثم النص فالشكر فالمراجع، يلي ذلك الجداول ثم التعليق على الصور والأشكال. يجب أن لا تتجاوز الأشكال الإيضاحية 203×254 ملم (8×10 بوصة)، مع هوامش لا تقل عن 25 ملم من كل جانب (إبوصة). ترسل كافة المقالات منسوخة على قرص مرّن IBM compatible أو قرص مكتنز CD، وترسل الورقة الأصلية مع 3 نسخ. يمكن إرسال المقالات بالبريد الإلكتروني على jabms@scs-net.org إذا أمكن من الناحية التقنية. يجب أن يحتفظ الكاتب بنسخ عن كافة الوثائق المرسلة.

- البحث الأصلي يجب أن يتضمن ملخصاً مفصلاً باللغتين العربية والانكليزية، يشمل 4 فقرات كالتالي: هدف الدراسة وطريقة الدراسة والنتائج والخاصة، وألا يتجاوز 250 كلمة. يجب إضافة 3-10 كلمة مفتاح بعد الملخص.

- البحث الأصلي يجب ألا يتجاوز 4000 كلمة (عدا المراجع)، وأن يشمل الأجزاء التالية: المقدمة، وطريقة الدراسة، والنتائج، والمناقشة، والخاصة. يجب شرح طريقة الدراسة بشكل واضح مع توضيح وتبرير المجموعة المدروسة، وذكر الأدوات المستعملة (نوعها واسم الشركة الصانعة) والإجراءات المتبعة في الدراسة بشكل واضح للسماح بإمكان تكرار الدراسة ذاتها. الطرق الإحصائية يجب أن تذكر بشكل واضح ومفصل للتمكن من تحري نتائج الدراسة. يجب ذكر الأساس العلمي لكافة الأدوية والمواد المستعملة، مع الجرعات وطرق الإعطاء. الجداول والصور والأشكال يجب أن تستخدم لشرح ودعم المقال، ويمكن استخدام الأشكال كبديل عن الجداول، مع عدم تكرار نفس المعطيات في الجداول والأشكال. إن عدد الجداول والأشكال يجب أن يتناسب مع طول المقال، ومن المفضل عدم تجاوز 6 جداول في المقال الواحد. المناقشة تتضمن النقاط الهامة في الدراسة، ويجب ذكر تطبيقات وتأثير النتائج، وحدودها، مع مقارنة نتائج الدراسة الحالية بمثيلاتها، متجنبين الدراسات غير المثبتة بالمعطيات. توصيات الدراسة تذكر حسب الضرورة.

- الدراسات في الأدب الطبي يفضل أن لا تتجاوز 6000 كلمة (عدا المراجع)، وبنية المقال تتبع الموضوع.
- تقبل تقارير الحالات الطبية حول الحالات السريرية النادرة. ويجب أن تتضمن ملخصاً قصيراً غير مفصل.
- تقبل اللوحات الطبية النادرة ذات القيمة التعليمية.

- يمكن استعمال الاختصارات المعروفة فقط، ويجب تجنب الكلمات المختصرة في العنوان والملخص. ويجب ذكر التعبير الكامل للاختصار عند وروده الأول في النص إلا لوحدات القياس المعروفة.

- يستعمل المقياس المترى (م، كغ، لتر) لقياسات الطول والارتفاع والوزن والحجم، والدرجة المئوية لقياس درجات الحرارة، والمليمرات الزئبقية لقياس ضغط الدم. كافة القياسات الدموية والكيمائية السريرية تذكر بالمقياس المترى تبعاً للقياسات العالمية SI.

- فقرة الشكر تتضمن الذين أدوا مساعدات تقنية. ويجب ذكر جهات الدعم المالية أو المادي.

- المراجع يجب أن ترقم بشكل تسلسلي حسب ورودها في النص. وترقم المراجع المذكورة في الجداول والأشكال حسب موقعها في النص. ويجب أن تتضمن المراجع أحدث ما نشر من معلومات. تختصر أسماء المجلات حسب ورودها في Index Medicus، ويمكن الحصول على قائمة الاختصارات من الموقع الإلكتروني <http://www.nlm.nih.gov/>. تتضمن كتابة المرجع معطيات كافية تمكن من الوصول إلى المصدر الرئيسي، مثال: مرجع المجلة الطبية يتضمن اسم الكاتب وعنوان المقال واسم المجلة وسنة الإصدار والمجلد ورقم الصفحة. مرجع الكتاب يتضمن اسم الكاتب والمحرر والناشر ومكان ومؤسسة النشر ورقم الجزء ورقم الصفحة. وللحصول على تفاصيل حول كيفية كتابة المراجع الأخرى يمكن زيارة الموقع الإلكتروني <http://www.icmje.org/>. وإن الكاتب مسؤول عن دقة المراجع، والمقالات التي لا تقبل مراجعتها لا يمكن نشرها وتعاد إلى الكاتب لتصحيحها.

8- إن المقالات التي لا تطابق دليل النشر في المجلة لا ترسل إلى لجنة التحكيم قبل أن يتم تعديلها من قبل الكاتب.

إن المجلس العربي ومجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية لا يتحملان أية مسؤولية عن آراء وتوصيات وتجارب مؤلفي المقالات التي تنشر في المجلة، كما أن وضع الإعلانات عن الأدوية والأجهزة الطبية لا يحل على كونها معتمدة من قبل المجلس أو المجلة.

* هذه المجلة مفهرسة في سجل منظمة الصحة العالمية IMEMR Current Contents

<http://www.emro.who.int/HIS/VHSL/Imemr.htm>

اختصاص طب الأطفال

- أ.د. سمير غالب القاعوري (1)
- أ.د. محمد علة الرواشدة (1)
- أ.د. عبد الكريم القضاة (1)
- أ.د. محمود الشهاب (1)
- أ.د. عبد الله إبراهيم الخياط (2)
- أ.د. يوسف عبد الرزاق (2)
- أ.د. أكبر محسن محمد (3)
- أ.د. عبد الجبار العباسي (3)
- أ.د. فضيلة المحروس (3)
- أ.د. عبد الرحمن الفريح (5)
- أ.د. عمرو حسين العامودي (5)
- أ.د. إبراهيم بن عبد الله الملمح (5)
- أ.د. محمد يونس يعقوب جان (5)
- أ.د. هاني مرتضى (7)
- أ.د. محمد علي سريو (7)
- أ.د. زياد شويكي (7)
- أ.د. محمود فتح الله (7)
- أ.د. محمود بوظو (7)
- أ.د. إبراهيم جبار القاصر (8)
- أ.د. عبد الغني زغير الراوي (8)
- أ.د. حسام الدين الجرموكي (8)
- أ.د. نجم الدين الروزنامي (8)
- أ.د. صالح بن محمد الخصيصي (9)
- أ.د. غالية محمد آل ثاني (10)
- أ.د. قصي الصالح (11)
- أ.د. سلمان مروءة (12)
- أ.د. زهير بيطار (12)
- أ.د. محمد ميثاقتي (12)
- أ.د. ريمون ميخائيل (12)
- أ.د. سليمان محمد البرغي (13)
- أ.د. محمد الهادي السويطي (13)
- أ.د. سالم المزروق (13)
- أ.د. خالد علي يوسف (13)
- أ.د. جيلان عبد الحميد عثمان (14)
- أ.د. علي منصور الشافعي (16)

اختصاص الجراحة

- أ.د. إبراهيم بني هاني (1)
- أ.د. كمال بني هاني (1)
- أ.د. أكرم الشناق (1)
- أ.د. أحمد شيخ سروجي (1)
- أ.د. عادل صالح الشريدة (1)
- أ.د. مازن محمد نصير (1)
- أ.د. سلام درافكة (1)
- أ.د. محمد أمين العوضي (3)
- أ.د. محمد توفيق هويسة (4)
- أ.د. عبد الرحمن البنيان (5)
- أ.د. ياسر صالح جمال (5)
- أ.د. مساعد بن محمد السلطان (5)
- أ.د. نايف إبراهيم العواد (5)
- أ.د. عثمان مفتي (5)
- أ.د. مأمون قرملتي (5)
- أ.د. عبد المال عبد الله (6)
- أ.د. محمد سعيد كيلاني (6)
- أ.د. عبد الماجد مساعد (6)
- أ.د. لؤي ذناق (7)
- أ.د. حسن كيلاني (7)
- أ.د. منيب سليمان أيوب (7)
- أ.د. فواز السعد (7)
- أ.د. سعد كمال (7)
- أ.د. ماهر حسامي (7)
- أ.د. سامي القياتي (7)
- أ.د. سراج عبد الغني ميرة (7)
- أ.د. بشار النخاس (7)
- أ.د. محمد زكي الشعام (7)
- أ.د. محمد الشامي (7)
- أ.د. هشام بكداش (7)
- أ.د. عثمان خلف الله سعيد (7)
- أ.د. الطيب دفع الله محمد (7)
- أ.د. الجوزولي دفع الله العاقب (7)
- أ.د. بسلى الشيخ (7)
- أ.د. فاخر عيسى (7)
- أ.د. علي سعدة (7)
- أ.د. علي درويش (7)
- أ.د. زياد درويش (7)
- أ.د. جمانة العظيمة (7)
- أ.د. زرار ضاهر (7)
- أ.د. مازن مصري زاده (7)
- أ.د. نبيل عسة (7)
- أ.د. فالح أحمد فاضل البياتي (8)
- أ.د. سركيس كركيوس سركاك (8)
- أ.د. خالد عبد الله (8)
- أ.د. خالد عبد الله الحميدي (8)
- أ.د. غازي بن عمر الزبيدي (9)
- أ.د. بزودي محمد الروابي (9)
- أ.د. سعد الكعبي (9)
- أ.د. إبراهيم الجناحي (10)
- أ.د. خالد فهد الجار الله (11)
- أ.د. نبيل شمس الدين (12)
- أ.د. نبيل نصار (12)
- أ.د. سمير ملاط (12)
- أ.د. صلاح السنوسي قريو (13)
- أ.د. الطاهر الشفيع (13)
- أ.د. إبراهيم الشريف (13)
- أ.د. محمد فرنجد (13)
- أ.د. ثابت محسن ناشر (16)
- أ.د. محمد الحريبي (16)

اختصاص الأمراض الباطنة

- أ.د. مصطفى الشناق (1)
- أ.د. منيب سليمان أيوب (1)
- أ.د. موسى علي خلف العلي (1)
- أ.د. رضا علي إبراهيم (3)
- أ.د. ليلى الركياني (4)
- أ.د. منصور النزهة (5)
- أ.د. سراج عبد الغني ميرة (5)
- أ.د. حسن يوسف الأدرسي (5)
- أ.د. إبراهيم الطعيمي (6)
- أ.د. حمد علي حمد الترابي (6)
- أ.د. عبد القادر يوسف الكدرو (6)
- أ.د. عثمان خلف الله سعيد (6)
- أ.د. الطيب دفع الله محمد (6)
- أ.د. الجوزولي دفع الله العاقب (6)
- أ.د. بسلى الشيخ (7)
- أ.د. فاخر عيسى (7)
- أ.د. علي سعدة (7)
- أ.د. علي درويش (7)
- أ.د. زياد درويش (7)
- أ.د. جمانة العظيمة (7)
- أ.د. زرار ضاهر (7)
- أ.د. مازن مصري زاده (7)
- أ.د. نبيل عسة (7)
- أ.د. فالح أحمد فاضل البياتي (8)
- أ.د. سركيس كركيوس سركاك (8)
- أ.د. خالد عبد الله (8)
- أ.د. خالد عبد الله الحميدي (8)
- أ.د. غازي بن عمر الزبيدي (9)
- أ.د. بزودي محمد الروابي (9)
- أ.د. سعد الكعبي (9)
- أ.د. إبراهيم الجناحي (10)
- أ.د. خالد فهد الجار الله (11)
- أ.د. نبيل شمس الدين (12)
- أ.د. نبيل نصار (12)
- أ.د. سمير ملاط (12)
- أ.د. صلاح السنوسي قريو (13)
- أ.د. الطاهر الشفيع (13)
- أ.د. إبراهيم الشريف (13)
- أ.د. محمد فرنجد (13)
- أ.د. ثابت محسن ناشر (16)
- أ.د. محمد الحريبي (16)

اختصاص الولادة وأمراض النساء

- أ.د. عبد الله عيسى (1)
- أ.د. عارف بطاينة (1)
- أ.د. عصام شريدة (1)
- أ.د. مأمون شقفة (2)
- أ.د. حسنية قرقاش (2)
- أ.د. زينب الجفيري (3)
- أ.د. محمد هشام السباعي (5)
- أ.د. عبيد مزروق الحربي (5)
- أ.د. حسان عبد الجبار (5)
- أ.د. محمد حسن عدار (5)
- أ.د. أحمد حسن يوسف (5)
- أ.د. محمد الطباع (7)

- أ.د. عمران حبيب (8)
- أ.د. أحمد اسماعيل (8)
- أ.د. علي جعفر محمد (9)
- أ.د. صالح المري (10)
- أ.د. رياض محمد صالح (11)
- أ.د. غسان حمادة (12)
- أ.د. نديم كرم (12)
- أ.د. حسان عواضة (12)
- أ.د. محمد نجيب سمير (13)
- أ.د. محمد عبد الحفيظ (13)
- أ.د. محمد أحمد البكرش (13)
- أ.د. عمر السوداني (13)
- أ.د. شقيقة صالح حسن ناصر (14)
- أ.د. ناهد كامل (14)
- أ.د. عبد الحميد عبد المجيد (14)
- أ.د. عبد الله سعيد باحطاب (16)
- أ.د. علي محمد الصيري (16)

اختصاص الطب النفسي

- أ.د. محمود أبو دنون (1)
- أ.د. نظام أبو حجلة (1)
- أ.د. توفيق درافكة (2)
- أ.د. محمد خليل الحداد (3)
- أ.د. أحمد الأنصاري (3)
- أ.د. محمد فخر الدين الحفاني (4)
- أ.د. خليل إبراهيم التوفيلي (5)
- أ.د. عبد الله عبد الرحمن محمد (6)
- أ.د. ياسر الصنع يوسف علي (6)
- أ.د. ضياء الدين الجبلي أبو بكر (6)
- أ.د. رياض عبد الرزاق العزاوي (8)
- أ.د. محمد عبد الحميد السمارني (8)
- أ.د. سالم محمد النعاني (10)
- أ.د. منير الحفاني (12)
- أ.د. فؤاد توفيق أنطون (12)
- أ.د. شارل فؤاد بدورة (12)
- أ.د. أنطون البستاني (12)
- أ.د. سالم أبو بكر الجريسي (13)
- أ.د. علي محمد طالب الرويحي (13)
- أ.د. علي الرووف أبو رخيص (13)
- أ.د. مجدي كارة (13)
- أ.د. يحيى الراوي (14)
- أ.د. سهام الراشد (14)
- أ.د. مصطفى كامل (14)
- أ.د. محمد غلام (14)
- أ.د. غفاح حامد (14)
- أ.د. ناصر لوزة (14)
- أ.د. عبد الله حسن الأرياني (16)

اختصاص الأمراض الجلدية

- أ.د. محمد شرف (1)
- أ.د. إبراهيم كاداري (2)
- أ.د. محمد رضا كمون (4)
- أ.د. عبد المجيد الزحاف (4)
- أ.د. عمر عبد العزيز آل الشيخ (5)
- أ.د. صالح بن حمد الجبر (5)
- أ.د. عثمان سليمان العبد الكريم (5)
- أ.د. عثمان محمد أحمد طه (6)
- أ.د. بشري عمر أحمد (6)
- أ.د. الفلاح علي الحسن (6)
- أ.د. بدير فرح (12)
- أ.د. كمال حمادة (12)
- أ.د. جان عبد النور (12)
- أ.د. فؤاد سامي حداد (12)
- أ.د. منير عبيد (12)
- أ.د. مصباح العوامي (13)
- أ.د. احتشوت فرج احتشوت (13)
- أ.د. عبد الرؤوف القيرون (13)
- أ.د. إبراهيم أبو الفتوح سعيد (14)
- أ.د. أحمد سامح همام (14)
- أ.د. أحمد فوزي بهنسي (14)
- أ.د. حسن الطاهر حسن (14)
- أ.د. محمد عبد الله قطاع (16)

اختصاص طب الأسرة والمجتمع

- أ.د. سعد الخرايشة (1)
- أ.د. سعد حجازي (1)
- أ.د. ماضي الجنيبر (1)
- أ.د. عبد الغفار محمد الهاري (2)
- أ.د. شوقي عبد الله أمين (3)
- أ.د. فيصل عبد اللطيف الناصر (3)
- أ.د. نور الدين عاشور (4)
- أ.د. سمير صبان (5)
- أ.د. بهاء ليا الخير (5)
- أ.د. نبيل محمد ياسين القرشي (5)
- أ.د. منصور محمد منصور (6)
- أ.د. عبد الرحمن الترم (6)
- أ.د. الصادق محبوب الطيب (6)
- أ.د. عباس مختار (6)
- أ.د. مصطفى خوجلي (6)
- أ.د. هيام بشور (7)
- أ.د. ناصر بوكلي حسن (7)
- أ.د. ندى الورد (8)
- أ.د. عالم يعقوب (8)

اختصاص التخدير والعناية المركزة

- أ.د. إزهاب بدران (1)
- أ.د. عبد العزيز عمرو (1)
- أ.د. ياسر الرشدان (1)
- أ.د. زهرة السالك (3)
- أ.د. عبد العزيز بوكر (5)
- أ.د. طائر الخنوسري (5)
- أ.د. عبد الحميد سمرقندي (5)
- أ.د. حامد محمد العمران (5)
- أ.د. عبد المحسن الغامدي (5)
- أ.د. يوسف الأمين (6)

- أ.د. زينب مصطفى موسى (6)
- أ.د. يوسف الشريف الهندي (6)
- أ.د. عمر الدريدي (6)
- أ.د. أسامة موسى (7)
- أ.د. بهران العابد (7)
- أ.د. عبد الهادي سلامة (7)
- أ.د. هادي ناصر (7)
- أ.د. علي أرناؤوط (7)
- أ.د. عباس فاضل (10)
- أ.د. موسى المعلم (12)
- أ.د. أنيس بركة (12)
- أ.د. باتريسيا يزك (12)
- أ.د. مي الحلو (12)
- أ.د. حسني عجاج (13)
- أ.د. عبد الحميد الصديق الفلاح (13)
- أ.د. عدي عبد السلام آدم (13)
- أ.د. عبد الجليل وفاء (13)
- أ.د. حسين صبري (14)
- أ.د. أحمد فؤاد حسين سالم (14)
- أ.د. أحمد شوقي (14)
- أ.د. عبد الرحمن محمود فتح الله (14)
- أ.د. عبد الجبار الرمادة (16)

اختصاص طب العيون

- أ.د. مها الطل (1)
- أ.د. نافذ سرحان (1)
- أ.د. معاوية البذور (1)
- أ.د. يحيى علي المضواحي (2)
- أ.د. أحمد عبد الله أحمد (3)
- أ.د. مبارك بن فهد آل فزان (5)
- أ.د. عبد الرحمن النديان (5)
- أ.د. خالد طيارة (5)
- أ.د. عثمان حامد المرزوقي (5)
- أ.د. عبد الله العويضي (5)
- أ.د. مير غني أحمد (6)
- أ.د. سر القتم عمر ثابت (6)
- أ.د. عبد الله سالم العبيد (6)
- أ.د. عبد الله الصديق (6)
- أ.د. رضا سعيد (7)
- أ.د. آروى العظيمة (7)
- أ.د. مجدي كارة (7)
- أ.د. يحيى الراوي (14)
- أ.د. سهام الراشد (14)
- أ.د. مصطفى كامل (14)
- أ.د. محمد غلام (14)
- أ.د. غفاح حامد (14)
- أ.د. ناصر لوزة (14)
- أ.د. عبد الله حسن الأرياني (16)

اختصاص الأنف والأذن والحنجرة

- أ.د. محمد الطويلة (1)
- أ.د. طارق محافطة (1)
- أ.د. عبد الله النعيمي (2)
- أ.د. أحمد جاسم جمال (3)
- أ.د. عبد القادر الخديم (4)
- أ.د. حمد بن صالح المحمدي (5)
- أ.د. محمد بن عبد العزيز الدخيل (5)
- أ.د. كمال داغستاني (5)
- أ.د. عبد العزيز عاشور (5)
- أ.د. أبو القاسم الهادي (6)
- أ.د. عثمان محمد مصطفى (6)
- أ.د. محمد الحسن عثمان (6)
- أ.د. خالد موسى شميل (6)
- أ.د. أكرم الحجار (7)
- أ.د. ناصر الحاج (7)
- أ.د. مصطفى إبراهيم (7)
- أ.د. عبد الرزاق اليوسفي (7)
- أ.د. قيصر منصور (7)
- أ.د. محمود تسابحي (7)
- أ.د. مازن جواد الفخايري (9)
- أ.د. عبد السلام القحطاني (9)
- أ.د. جمال عبد الله الحربي (11)
- أ.د. نبيل فيحان (12)
- أ.د. بسام طوشي (12)
- أ.د. صلاح منصور (12)
- أ.د. صديق الرتيمي (13)
- أ.د. خالد سالم المسلاتي (13)
- أ.د. محمود فهمي متوق (13)
- أ.د. جمال بن عامر (13)
- أ.د. عبد العزيز أبو شقعة (13)
- أ.د. محمد شفيق خليفة (14)
- أ.د. ولاء حسين أبو شبيب (14)
- أ.د. حسين محمد سالم نصر (14)
- أ.د. مجدي حامد عبده (14)
- أ.د. محمد الخطيب (16)
- أ.د. علي عبيد مثنى (16)

اختصاص طب الطوارئ

- أ.د. أحمد كلوب (1)
- أ.د. خالد الداود (1)
- أ.د. جاسم المزوع (3)
- أ.د. محمد حسام الدين حمدي (3)
- أ.د. مساعد بن محمد السلطان (5)
- أ.د. طلال بخش (5)
- أ.د. عبد الله الحديب (5)
- أ.د. حاتم قطب (5)
- أ.د. ماهر الأعرج (7)
- أ.د. عبد الوهاب المصلح (10)
- أ.د. رمزي مفرقية (12)
- أ.د. جوزيف بشارة (12)
- أ.د. شريف مختار (14)
- أ.د. أحمد الخولي (14)
- أ.د. محمد رجائي محمد فودة (14)

اختصاص الطب الشعاعي

- أ.د. هيثم علي حجازي (1)
- أ.د. حمزة العمري (1)
- أ.د. عزمي الحديدي (1)
- أ.د. نجيب صالح جمشير (3)
- أ.د. عزة زمو (4)
- أ.د. صلاح بن مهل الراددي (5)
- أ.د. إبراهيم بن علي العريني (5)
- أ.د. عاصم عوكر (7)
- أ.د. بسام صواف (7)
- أ.د. فيصل ناصر (7)
- أ.د. عاصم بن اسماعيل درويش (9)
- أ.د. أحمد عديد سالم عمر (10)
- أ.د. نجيب المرزوق (11)
- أ.د. اغيد الكنتي (12)
- أ.د. ميشال غصين (12)
- أ.د. فيصل محمد شمش (13)
- أ.د. عمران منصور الشام (13)
- أ.د. خليل علي المتقوش (13)
- أ.د. عبد الحكيم عمر الصالح (13)
- أ.د. سهير مكارم (14)
- أ.د. عبد الظاهر علي حسان (14)
- أ.د. مجدي محمد الرخاوي (14)
- أ.د. عمرو محمود زايد (14)

اختصاص الطب المخبري

- أ.د. سمير عمرو (5)
- أ.د. محبوب جبرودي (7)
- أ.د. غازي بدور (7)

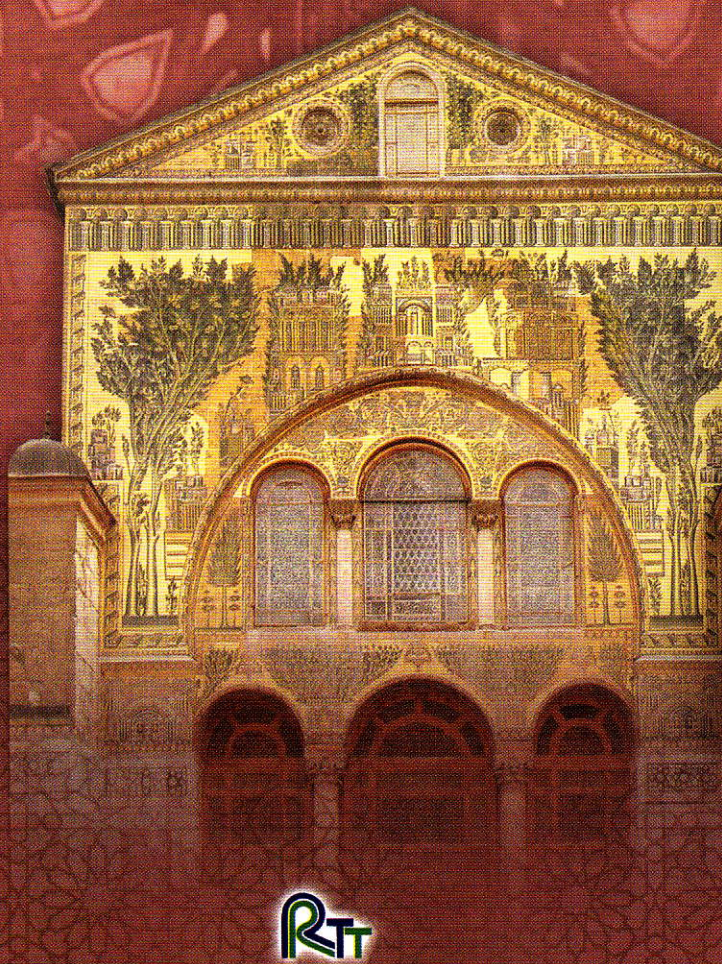
- 1: المملكة الأردنية الهاشمية
- 2: الإمارات العربية المتحدة
- 3: دولة البحرين
- 4: الجمهورية التونسية
- 5: المملكة العربية السعودية
- 6: جمهورية السودان
- 7: الجمهورية العربية السورية
- 8: جمهورية العراق
- 9: سلطنة عمان
- 10: دولة قطر
- 11: دولة الكويت
- 12: الجمهورية اللبنانية
- 13: الجماهيرية الليبية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

• أعضاء في المجالس العلمية

Under the patronage of his Excellency
Dr. Bashar Al Asad
President of Syrian Arab Republic

The 30th Congress of The Union of Middle-Eastern and Mediterranean Pediatric Societies

Union Des Societes De Pediatrie Du
Moyen-Orient Et De La Mediterranee

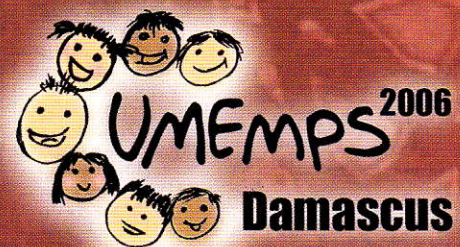


**Al Rashed for travel & tourism
& organizing conferences**

fax : 00963 11 2313326 - P.O.Box : Damascus 9175
Direct contact : Eng. Rasha Hasan tel. 00963 92 745 746

E-mail : info@umemps30-sy.com

www.umemps30-sy.com



The 18th Congress of the
Syrian Pediatric Society

The 13th Congress of
Children Hospital
Damascus University

The 9th Congress of Pan Arab
Societies of Pediatric
Gastroenterology & Nutrition

The 5th Congress of the
Syrian Society of Pediatric
Gastroenterology & Nutrition

The 4th Congress of the
Syrian Association of Neonatology

**Damascus - Syria
Omayad Conference Palace
4 - 7 September, 2006**



مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية

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

محتويات العدد

مجلد 8 - عدد 1 - 2006 م - 1427 هـ

P 1- 109 E

المجتمع والبحث العلمي

الأستاذ الدكتور مفيد الجوخدار

رئيس هيئة التحرير، الأمين العام للمجلس العربي للاختصاصات الطبية..... ص 1 ع

علاج البدانة لدى الأطفال واليافعان

د. يونس محمد قبلان (سورية)..... ص 7 ع

كسور القضيبي (القضيبي الحاد)

د. عنان أحمد (سورية)..... ص 15 ع

التحديد الخاطئ للجنس: الإيجابيات والسلبيات في تجربتنا

د. محمد الإمام، د. الحسن محمد الحسن، د. مصطفى عمران، د. سامي الدريدي، د. فيصل نقد (السودان)..... ص 74 ع

نمط سرطانة الكولون والمستقيم في محافظة نينوى، العراق. تحليل راجع لـ 162 خزعة

د. شذى دنون أحمد (العراق)..... ص 79 ع

مضاعفات استئصال اللوزتين بالطرق الشعبية لدى المرضى المشاهدين في مشفى الثورة العام التعليمي في اليمن

د. محمد يحيى المحبشي، د. يحيى أحمد رجا (اليمن)..... ص 84 ع

دراسة مقطعية لمراجعي العيادة الخارجية النفسية في مستشفى بغداد الجامعي في عام 2003

د. مها سليمان يونس، د. أحمد سمير النعيمي (العراق)..... ص 88 ع

خفاض (تشويه الأعضاء التناسلية) الإناث لدى طالبات الطب في مدينة الخرطوم في

السودان، 2003: تغيير المفاهيم (السلوك)..... ص 94 ع

مقارنة نسب عودة التضيق بين نوعين من الشبكات الإكليلية

د. نجيب العبد الرزاق، د. اكسل شمروند (سورية، ألمانيا)..... ص 104 ع

نسبة انتشار واصمات التهاب الكبد من النمط B و C و D

بين المرضى المصابين بالأمراض المنقولة جنسياً في بغداد، العراق..... ص 109 ع

التظاهرات السريرية ونتائج التصوير المقطعي المحوسب في الشلل الشقي الحاد لدى الرضع

د. محجوب النداوي، د. رنا الشامي (العراق)..... ص 62 ع

فتق ليتر-ريختر مختنق

د. حسن كياي، د. نضال مطر (سورية)..... ص 66 ع

استئصال اللوزتين: مراجعة معاصرة

د. نافع محمود شهاب (العراق)..... ص 69 ع

ملخصات طبية متناثرة..... ص 20 ع

أخبار وأنشطة وخبريمو (المجلس العربي للاختصاصات الطبية)..... ص 2 ع

كلمة
التحرير

مواضيع
أضحت

تقرير
حالة طبية

مطالعة طبية

ملخصات طبية متناثرة

أخبار وأنشطة وخبريمو (المجلس العربي للاختصاصات الطبية)



وثيقة شراء من العقد السابع قبل الميلاد

رقيم من الطين المشوي (4.5x8 سم) مؤرخ سنة 636 ق.م.
 وجد في موقع تل أحمر/ تل برسيب في سورية
 وهو وثيقة شراء بالكتابة المسمارية الآشورية الحديثة، من قبل "شاكانتو" مديرة شؤون القصر والتجارة في برسيب،
 وبحضور شهود من مدن أخرى هي تابال وحماه وسماريا.
 {متحف حلب الوطني، سورية}

Receipt Document From the 7th Century BC

This clay tablet (8x 4.5 cm) is a receipt written in modern Assyrian font, executed by Shakantu, the directress of affairs of the palace of Barseeb. This document confirms a purchase in the presence of witnesses from the cities of Tabal, Hama, and Samareya.

The tablet was found in Tel Ahmar/Tel Berseeb and dates from 7th BC.

{Aleppo National Museum, Syria}

الأستاذ الدكتور مفيد الجوخدار

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

المجتمع والبحث العلمي The Community and the Research

انتشار أوبئة كانت قد اندثرت. كما نشاهد انتشار بعض الأوبئة في منطقتنا مثل اللاشمانية وغيرها...، وعدم قيام مراكز خاصة للأبحاث تمول من تبرعات الميسورين. فمتلما يستحق بناء المشافي ودور المسنين ودور الأيتام وبيوت العبادة الاهتمام من قبل المجتمع، فإن مراكز الأبحاث تستحق الاهتمام أيضاً من قبل المتبرعين؛ فهي من الممكن أن تجنب المجتمع الكثير من الويلات التي تسببها بعض الأمراض، كما تؤدي إلى توفير التكاليف الباهظة للأدوية وتوفير الإصابات الجسدية والنفسية وما يتلوها من أعباء مادية مع نقص زمن انتاج الأشخاص المصابين ومن يقوم برعايتهم.

إن الكثير من المؤسسات في الدول المتقدمة تقوم بتبني الطلاب المتميزين لإتمام تحصيلهم العلمي ومن ثم الاستفادة من خبراتهم. كما تقوم كثير من المؤسسات بتمويل الأبحاث العلمية التي تخدم مؤسساتهم أو تخدم قضايا المجتمع، فهذه الأمور تستحق أن نعطيها بعض الاهتمام، وأن نرجع قليلاً إلى ماضينا المشرق غير البعيد ونحتذي به، فقد كانت تبنى المدارس والمؤسسات ويخصص لها أوقاف ثابتة حتى تستمر بالبقاء والعطاء، كما كان الكثير من أهل الخير يتبرعون لدور العلم وطلابها.

لم تتغير الإحصائيات الوبائية الحديثة كثيراً عنها في الماضي بالنسبة لبعض الأمراض، فالمalaria في القارة الإفريقية مثلاً ما زالت تتسبب في وفاة حوالي مليون شخص سنوياً، معظمهم أطفال بين الثانية والخامسة من العمر. ولا تزال البحوث تجرى لإيجاد لقاح لهذا المرض الوبيل، ولكن حتى هذه اللحظة لا يزال هذا الموضوع قيد التجارب، والاعتماد هو على العلاج الذي يكلف حوالي دولارين للشخص الواحد؛ ورغم كون هذا المبلغ زهيد ولكن بحسبان عدد الإصابات تكون الكلفة الكلية مرتفعة، خاصة أن هذه المناطق الموبوءة هي مناطق فقيرة جداً. وهنالك في الولايات المتحدة الأمريكية مركز خاص للمalaria تتقصه دوماً السيولة المادية، ولكن التبرعات الشخصية غالباً ما تسد هذا النقص، وأخرها تبرع السيد بيل غيتس -مالك شركة مايكروسوفت- وزوجته بمبلغ 41 مليون دولار لهذا المركز بهدف القيام بأبحاث لخفض تكلفة العلاج من دولارين إلى ربع دولار وفي الوقت نفسه لمتابعة الأبحاث لإيجاد طريقة للوقاية الكاملة من هذا الداء.

ما دعاني للكتابة في هذا الموضوع هو استمرار ظهور أوبئة جديدة في العالم لم تكن معروفة من قبل، أو عودة



أخبار وأنشطة المجلس العربي للاختصاصات الطبية خلال الفترة من 2006/1/1 لغاية 2006/3/30

أنشطة المجالس العلمية

2- الامتحان الأولي لاختصاص الأذن والالنف والحنجرة:

عقد بتاريخ 2006/3/26 في ثلاثة مراكز امتحانية، وقد تقدم للامتحان 58 طبيباً، من مختلف المراكز التدريبية نجح منهم 35 طبيباً، وكانت نسبة النجاح هي 60%.

المركز	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
بنغازي	8	0	%0
بغداد	25	21	%84
دمشق	25	14	%56

اختصاص طب الأطفال

- الامتحان السريري والشفوي لاختصاص طب الأطفال:

عقد الامتحان في مركز دمشق بتاريخ 12-2006/3/16، وفي مركز صنعاء بتاريخ 21-2006/2/22 وفي مركز طرابلس بتاريخ 28/2-2006/3/2 وفي مركز الرياض 4-2006/3/7، وقد تقدم للامتحان المذكور 207 طبيباً، نجح منهم 106 طبيباً، أي أن نسبة النجاح هي 51%.

المركز	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
صنعاء	19	11	%57
دمشق	94	49	%52
الرياض	64	37	%57
طرابلس	30	9	%30

اختصاص جراحة الفم والوجه والفكين

- اجتماع لجنة الامتحانات:

عقد اجتماعها في دمشق خلال الفترة: 18-2006/3/20، وقد تم في هذا الاجتماع وضع أسئلة الامتحان الأولي دورتي 5 و 10/2006 كما تم وضع أسئلة الامتحان النهائي الكتابي - دورة 10/2006.

اختصاص الولادة وأمراض النساء

1- الامتحان السريري والشفوي للولادة وأمراض النساء:

عقد في مركز دمشق بتاريخ 5-2006/2/6، وفي مركز صنعاء بتاريخ 21-2006/2/22، وفي مركز طرابلس بتاريخ 28/2 و 1-2006/3/2، وفي مركز الرياض بتاريخ 31-2006/1/1، وقد تقدم للامتحان المذكور 138 طبيباً، نجح منهم 65، أي أن نسبة النجاح هي 47%.

المركز	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
دمشق	57	27	%47
طرابلس	23	9	%39
الرياض	37	17	%45
صنعاء	21	12	%57

اختصاص الجراحة العامة

- الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الجراحة العامة:

جرى في دمشق بتاريخ 18-20/2006/2، وقد تقدم للامتحان 25 طبيباً، نجح منهم 15 طبيباً، أي أن نسبة النجاح بلغت 60%.

اختصاص الأمراض الباطنة

- الامتحان السريري والشفوي لاختصاص الأمراض الباطنة:

جرى في مركز طرابلس بتاريخ 28/2-2006/3/2، وقد تقدم 11 طبيباً، نجح منهم 3 أطباء، أي أن نسبة النجاح هي 27%. وفي مركز الرياض جرى الامتحان بتاريخ 4-2006/3/6، وقد تقدم 23 طبيباً، نجح منهم 9 أطباء، وكانت نسبة النجاح 39%.

اختصاص الأذن والالنف والحنجرة

1- اجتماع لجنة الامتحانات:

اجتمعت بتاريخ 4-2006/3/5، حيث تم وضع أسئلة الامتحان الأولي لدورتي 2006/3 و 2006/9، وأسئلة الامتحان النهائي الكتابي لدورة 2006/9.



اختصاص طب الأسرة

الامتحان السريري والشفوي لاختصاص طب الأسرة:

عقد الامتحان في دبي والمنامة وجدة، خلال الفترة الواقعة بين 30/2006/1-2006/2 حيث تقدم وقد تقدم للامتحان المذكور 74 طبيباً، نجح منهم 60 طبيباً، أي أن نسبة النجاح 81%. وفيما يلي نسب النجاح حسب مراكز الامتحان:

المركز	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
جدة	32	25	78%
البحرين	20	15	75%
دبي	22	20	90%

اختصاص الأشعة

- الامتحان الأولي لاختصاص الأشعة:

جرى الامتحان بتاريخ 2006/1/29 في المراكز الامتحانية التالية دمشق، والدوحة، وصنعاء. تقدم للامتحان المذكور 50 طبيباً، نجح منهم 27 طبيباً، أي أن نسبة النجاح الكلية بلغت 54%. وفيما يلي نسب النجاح حسب المراكز الامتحانية:

المركز	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
دمشق	24	15	62%
الدوحة	4	1	25%
صنعاء	22	11	50%

الأنشطة المتوقعة للمجلس العربي للاختصاصات الطبية

* 1-3/4/2006: اجتماع لجنة الامتحانات للمجلس العلمي

لاختصاص الطب النفسي.

* 1-2/4/2006: الامتحان السريري والشفوي لاختصاص

جراحة العظام في مشفى المواساة في دمشق.

* 1-3/4/2006: الامتحان السريري والشفوي للجراحة العامة

في مشفى الأسد الجامعي في دمشق.

* 2/4/2006: الامتحان الأولي للولادة وأمراض النساء.

* 3-5/4/2006: اجتماع لجنة الامتحانات لجراحة العظام.

* 4-6/4/2006: اجتماع لجنة الامتحانات للجراحة العامة.

* 9/4/2006: الامتحان الأولي لاختصاص طب العيون.

* 16/4/2006: الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص الأشعة.

* 22/4/2006: الامتحان السريري والشفوي لاختصاص

جراحة الأطفال في مشفى الملك عبد العزيز في جدة.

* 23-24/4/2006: اجتماع لجنة الامتحانات لجراحة الأطفال

في جدة.

* 22-25/4/2006: الامتحان السريري والشفوي للتخدير

والعناية المركزة، واجتماع لجنة الامتحانات.

* 26/4/2006: اجتماع المجلس العلمي لاختصاص التخدير

والعناية المركزة.

* 29/4/2006: الامتحان الأولي للجولية والأمراض التناسلية.

* 6/5/2006: الامتحان السريري والشفوي للجراحة العصبية.

* 6-7/5/2006: الامتحان السريري والشفوي للجراحة البولية.

* 7/5/2006: الامتحان الأولي لجراحة الفم والوجه والفكين.

* 7-9/5/2006: اجتماع لجنة الامتحانات للجراحة العصبية.

* 7-9/5/2006: الامتحان السريري والشفوي للأمراض

الباطنة في مركز صنعاء.

* 8-10/5/2006: اجتماع لجنة الامتحانات للجراحة البولية.

* 13/5/2006: الامتحان الأولي لاختصاص الطب النفسي.

* 25/5/2006: اجتماع المجلس العلمي للولادة وأمراض النساء.

* 29/5-2/6/2006: زيارة مشافي الشيخ خليفة في أبوظبي

ومشفى راشد في دبي للاعتراف بها في اختصاص الأمراض

الباطنة.

* 4/6/2006: الامتحان الأولي لاختصاص الجراحة العامة.

* 9/7/2006: اجتماع المجلس العلمي لطب الأسرة والمجتمع.

* 20/7/2006: اجتماع المجلس العلمي للجراحة العامة.

* 22-24/7/2006: الامتحان السريري والشفوي لاختصاص

الأمراض الباطنة (للأطباء العراقيين) في مركز دمشق.

* 6/8/2006: اجتماع اللجنة التنفيذية للأذن والأنف والحنجرة.

* 24-26/8/2006: الامتحان السريري (الاستثنائي)

لاختصاص الأمراض الباطنة في مركز دمشق.

* 24/8/2006: اجتماع المجلس العلمي لاختصاص الأمراض

الباطنة.

* 10/9/2006: الامتحان الأولي والنهائي الكتابي لاختصاص

الأذن والأنف والحنجرة.

* 5/11/2006: الامتحان الأولي لاختصاص الجراحة العامة.

* 5/11/2006: الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص الجراحة

العامة وجراحة العظام والجراحة البولية والجراحة العصبية

وجراحة الأطفال.

* 5-6/12/2006: الامتحان الأولي والنهائي الكتابي والشرائح

لاختصاص الأمراض الباطنة.

* 16-18/12/2006: الامتحان السريري والشفوي لاختصاص

الطب النفسي.



خريجو المجلس العربي للاختصاصات الطبية

من 2006/1/1 حتى 2006/3/30

اسم الطبيب	مركز التدريب	اسم الطبيب	مركز التدريب
عبد الجليل علي رضوان محمد	م. الثورة العام - صنعاء	محمد كامل عباس محمد الدوري	مركز التدريب
عبد الكريم غالب صالح العزي	م. الثورة العام- صنعاء	أحمد محمد عبد الخالق الدرعي	م. بصرة التعليمي- العراق
عبد الفتاح ابراهيم مقبل السروري	م. الثورة العام- صنعاء	سعد سهيل السعيد	م. حمد العام- الدوحة
فاطمة محمد ناصر الشيباني	م. الثورة العام - صنعاء	رحاب علي محمد صالح عبد الرحمن	م. حمد العام- الدوحة
عائض محمد عائض حزام الخلقي	م. الثورة العام - صنعاء	حيدر هادي حسين جابر المواشي	مدينة الطب- قطر
علي حسن سعيد سلام	م. سبعين - صنعاء	محمد عبد الله محمد مروح	م. سبعين - صنعاء
عبد الله أحمد صالح القدسي	م. سبعين - صنعاء	أحمد علي صالح البيهاني	م. سبعين - صنعاء
مصطفى عبد الوهاب علي المحيا	م. الحسين - اليمن	نورة بنت علي حسن نور الدين	م. كويت- صنعاء
ريما نواف محمد الخصاونة	م. الأميرة رحمة - اربد	تغريد محمد حسن شعيب	ج. م. عبد العزيز - جدة
كامل حسن كامل زين الدين	م. الاردن - الاردن	بكر حسين بكر هلال	ج. م. عبد العزيز - جدة
فرح فلاح كاظم	م. الاردن - الاردن	أمنة عبده سعيد محبوب	م. الولادة والأطفال- جدة
محمد الشريف أنس الوجود ربيع	م. السلمانية الطبي - البحرين	محمد هاني علي سليم تمساح	ج. م. سعود- الرياض
ريم مرزوق علي المرزوق	م. السلمانية الطبي - البحرين	عبد الكريم عبد الله محمد الربيعة	ج. م. سعود- الرياض
اشراق عبد العزيز أحمد العامر	م. السلمانية الطبي - البحرين	محمد حسن مصطفى محمد	م. فهد التخصصي- قصيم
فاطمة أحمد شبيب	م. السلمانية الطبي - البحرين	ربيع سعد عبد الرحيم عويس	م. فهد التخصصي- قصيم
فهد محمد عبد الله العباس	م. القوات المسلحة - الرياض	منى حمزة عبد السلام صيرفي	م. الولادة- المدينة
عبد الله عبد المحسن الخريف	م. القوات المسلحة - الرياض	سارة سراج عابد	م. خالد للحرس الوطني- جدة
أيمن محمد نور أحمد شاولي	م. خالد للحرس - جدة	رهف عبد الملك سعد وقاص	م. خالد للحرس الوطني- جدة
طارق أحمد مصطفى محمد	م. قوى الأمن - الرياض	جميلة محمد عتيق المطرفي	م. خالد للحرس الوطني- جدة
هاني محمد سعيد الخالدي	م. قوى الأمن - الرياض	أمل أحمد خرمي	م. الولادة- جدة
مصلح علي يحيى جباري	م. قوى الأمن - الرياض	الهام أحمد عبد الرحمن عثمان	م. فيصل- الدمام
رجاء عبد الحميد الغباري	م. تشرين العسكري - سورية	محمد بن صالح بن محمد الضبيعي	م. فهد للحرس- الرياض
مصعب عبد القادر شيخموس	جامعة حلب - سورية	علي محمد علي الشهري	م. فهد للحرس- الرياض
شحادة علي لعل الجواله	جامعة حلب - سورية	فؤاد سعيد أحمد الناجي	م. فهد للحرس- الرياض
مالك محمود المصطفى	جامعة حلب - سورية	ماجد عبد الله سلوم الفضل	م. فهد للحرس- الرياض
محمد خير اسماعيل محمد	جامعة حلب - سورية	محمد أحمد العمري	م. فهد للحرس- الرياض
ابراهيم زكريا باكير	جامعة حلب - سورية	أحمد موسى يحيى عسيري	م. فهد للحرس- الرياض
عماد عبد الرحمن علي	جامعة دمشق - سورية	عبد الرحمن عبد الله علي الرشيد	م. فيصل التخصصي- الرياض
أمجد محمد حيدر	جامعة دمشق - سورية	عهود عبد الرحمن عبد الله اليايس	م. فيصل التخصصي- الرياض
لمى علي وردة	جامعة دمشق - سورية	سامي عبد الرحمن الحيدر	م. فيصل التخصصي- الرياض
خالد محمد حديد	جامعة دمشق - سورية	علي عبد الله عبده بحيري عواجي	م. فيصل التخصصي- الرياض
سناء أحمد جمعة	جامعة دمشق - سورية	نهار دخيل نهار الرويلي	م. فيصل التخصصي- الرياض
أشرف أحمد الكعيد	جامعة دمشق - سورية	نايفة محمد فرحان المعجل	م. م. فهد الطبية- الرياض
فيثوس محمد سلمان	جامعة دمشق - سورية	حسام سامر محمد اسلام	مجمع الرياض الطبي- الرياض
تمام عبد الحميد حسن	جامعة دمشق - سورية	أسماء عبد العزيز عبد الله سلطان	مجمع الرياض الطبي- الرياض
ضاحي حسن الضماد	جامعة دمشق - سورية	مها عائض عادي العتيبي	مجمع الرياض الطبي- الرياض
أمجد عبد اللطيف زحلان	جامعة دمشق - سورية	وضحى محمد مبارك الدوسري	مجمع الرياض الطبي- الرياض
صفاء يوسف ابراهيم	جامعة دمشق - سورية	يحيى عبدة جابر القاضي	م. عسير المركزي- السعودية
سوسن سمير ضاي	جامعة دمشق - سورية	حسن موسى محمد المشيبة عسيري	م. عسير المركزي- السعودية
فادي فوزي السويدان	جامعة دمشق - سورية	سعيد عبد الله العسيري	م. عسير المركزي- السعودية
اسماعيل سليمان قاسم	جامعة دمشق - سورية	مقبول هادي مغفوري	م. عسير المركزي- السعودية
خورشيد حسن محمد	جامعة دمشق - سورية	أمل وليد محمد فرج سلمى	م. عسير المركزي- السعودية
عهد غازي عيسى	جامعة دمشق - سورية	سامي حسين عبد العزيز البطاط	م. فهد- الهفوف
هدى علي داؤد	جامعة دمشق - سورية	وفاء محمد فواز الحارثي	م. النور- مكة المكرمة
باسل محمد مدحت المغربي	جامعة دمشق - سورية	بسمة عبد المحي عواد الحجيلي	م. الولادة والأطفال- جدة
رشا محمد الجبان	جامعة دمشق - سورية	ناجية محمد علي بو شعالة	م. العرب- بنغازي



خريجو المجلس العربي للاختصاصات الطبية

من 2006/1/1 حتى 2006/3/30

اسم الطبيب	مركز التدريب	اسم الطبيب	مركز التدريب
فتحية محمد مفتاح الفصال	م. الفاتح- طرابلس	حسام سليمان محمد موسى	اسم الطبيب
عطية ابو فارس الاجورني	م. الفاتح- طرابلس	حسن ابراهيم العماري	م. الملك فهد- المدينة المنورة
ليلي علي صميده	م. الفاتح- طرابلس	حنان حسين علي المولد	م. فهد التعليمي- الرياض
أمال ناصر عمر الزروق	م. الفاتح- طرابلس	حنان علي مبارك عبيد	م. البرنامج المشترك- جدة
يوسف مصطفى سليم	جامعة دمشق - سورية	حنان فوز احمد صبان	م. الرعاية الصحية الأولية- دبي
علي سليم عثمان	جامعة دمشق - سورية	خالد سعيد سعيد العوفي	م. البرنامج المشترك- جدة
عصام محمد دمير	جامعة دمشق - سورية	خديجة محمد علي العرادي	م. الملك فهد- المدينة المنورة
آمال عمر مسعود الخازي	م. العرب- بنغازي	رانيا ابراهيم عبدالكريم علي أنوهي	م. التعميم الصحي- المنامة
سليمة مصباح علي الزهاوي	م. العرب- بنغازي	رنذا زيدان	م. العين الحكومي- العين
ام المير عبد الهادي القذافي	م. الفاتح- طرابلس	زاهر عبدالله سالم الخروصي	م. الجامعة الأميركية- بيروت
نجلاء محمود ابراهيم الشاعر	م. الفاتح- طرابلس	سحر بركات احمد شاه	ج. السلطان قابوس- مسقط
		سعاد راشد مفتاح راشد النعيمي	م. الرعاية الصحية الأولية- دبي
		سعاد هاشم محمد احمد	م. الرعاية الصحية الأولية- دبي
		سعد سالم مسفر العدوانى الزهراني	م. البرنامج المشترك- جدة
		سلامة سعيد حميدي حمد الخصوني	م. العين الحكومي- العين
		سهير عبدالله عمر ابراهيم الطيار	م. البرنامج المشترك- جدة
		صالحة جابر محمد هلال الكويتي	م. العين الحكومي- العين
		عائشة عبدالله يوسف العالي	م. حمد الطبية- الدوحة
		عائشة محمد سهيل خميس الصريدي	م. العين الحكومي- العين
		عالية عبيد محمد مصباح الكعبي	م. العين الحكومي- العين
		عبدالحسين محسن احمد علي دادي	م. التعميم الصحي- المنامة
		عبيد عابد عبود الحربي	م. فهد التعليمي- الرياض
		علا سليم عوض احمد عيسى العايدى	م. الرعاية الصحية الأولية- دبي
		علا محمود محمد بابلي	م. فهد للحرس الوطني- الرياض
		عمر سعد عيفان الزهراني	م. القوات المسلحة الشمالية- تبوك
		غرم الله عبدالله علي الغامدي	م. البرنامج المشترك- جدة
		غفران احمد جاسم محمد	م. التعميم الصحي- المنامة
		فهد بن خميس احمد العمري	م. البرنامج المشترك- جدة
		فهد شار الشهري	م. البرنامج المشترك- عسير
		فواز بن صبيان دخيل الله العتيبي	م. البرنامج المشترك- جدة
		كبرى السيد ابراهيم السيد هاشم	م. التعميم الصحي- المنامة
		ليلي بنت حمود صبياني	م. القوات المسلحة - الرياض
		ليلي عثمان علي كوشن	م. الرعاية الصحية الأولية- دبي
		ماهر علي صالح الصكاك	م. القوات المسلحة - الرياض
		محمد ميخوت مقل	م. البرنامج المشترك- عسير
		محمد نضر حسن خاشقجي	م. البرنامج المشترك- جدة
		مريع مسفر عبدالله الشهراني	م. البرنامج المشترك- جدة
		منى محضار السعدي	م. حمد الطبية- الدوحة
		منيرة محمد منصور الشعبي	م. فهد للحرس الوطني- الرياض
		نادية صالح شيخ علي	م. حمد الطبية- الدوحة
		نوار مرتضى مال الله اللواتي	ج. السلطان قابوس- مسقط
		نورة محمد راشد حسين الحربي	م. البرنامج المشترك- جدة
		هالة يوسف محمد العسومي	م. التعميم الصحي- المنامة
		هيام علي محمد عبدالله السادة	م. حمد الطبية- الدوحة
		وائل كرامة	م. الجامعة الأميركية- بيروت
		وفاء ابراهيم محمد الشريتي	م. التعميم الصحي- المنامة

اختصاص الجراحة العامة

اسم الطبيب	مركز التدريب
ضياء علي حسين السلطاني	م. بغداد التعليمي- العراق
أمانج محمد صالح	م. بغداد التعليمي- العراق
حسين قادر احمد	م. بغداد التعليمي- العراق
ياسين حمودي عساف الهاشمي	م. بغداد التعليمي- العراق
أكرم نواف دحل	م. بغداد التعليمي- العراق
ماجد ياس خضير الشمري	م. بغداد التعليمي- العراق
زاهر عبد المطلب الغني الجوهري	م. بغداد التعليمي- العراق
ايداد جاسم مطر المحسن	م. بغداد التعليمي- العراق
نوزاد فؤاد حسين الأركوازي	م. بغداد التعليمي- العراق
علي مزيد عبد العزيز الكباسي	م. بغداد التعليمي- العراق
قاسم جواد كاظم السعدي	م. بغداد التعليمي- العراق
ايهاب علي حسين جمال الدين	م. بغداد التعليمي- العراق
صديق نعيم نصيف الحميدوي	م. بغداد التعليمي- العراق
لقمان سلطان حسن علي	م. بغداد التعليمي- العراق
عماد ابراهيم داود متي آل بتي	م. بغداد التعليمي- العراق

اختصاص طب الأسرة

اسم الطبيب	مركز التدريب
أمنة محمد حسن محمد الدرمني	م. العين الحكومي- العين
ابتسام ابراهيم بستكي	م. الرعاية الصحية الأولية- دبي
احمد زاهر حمد النبهاني	ج. السلطان قابوس- مسقط
اسامة شعار	م. الجامعة الأميركية- بيروت
اسعد سعيد محمد حباب	م. فهد التعليمي- الرياض
اشواق عبدالله حمد راشد سبت	م. التعميم الصحي- المنامة
افراح محمد سعيد بابكور	م. البرنامج المشترك- جدة
امل عبدالله احمد بوعسلي	م. التعميم الصحي- المنامة
امل علي عبدالله الغانم	م. التعميم الصحي- المنامة
امل محمد صالح الجزيري	م. الرعاية الصحية الأولية- دبي
يسمة محمود الصفار	م. التعميم الصحي- المنامة
بندر بن محمد عويض الجعيد	م. البرنامج المشترك- جدة
جمال عبد الله مسفر الزهراني	م. فهد التعليمي- الرياض
جهينة ابراهيم عبدالله بوهندي	م. التعميم الصحي- المنامة



علاج البدانة لدى الأطفال واليافعان

TREATMENT OF OBESITY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

د. يونس محمد قبلان

Younes Mohammad Kabalan, MD.

ملخص البحث

هدف الدراسة: تعتبر البدانة وباء القرن الحادي والعشرين، وقد بدأت تنتشر بشكل سريع بين الأطفال حيث تضاعفت ثلاث مرات خلال 20 سنة في أمريكا، تهدف هذه الدراسة لتوضيح سلامة استخدام الأدوية (الميتفورمين، السيبتورامين) إلى جانب المعالجة النفسية السلوكية في السيطرة على زيادة الوزن والبدانة عند الأطفال واليافعان.

طريقة الدراسة: أجريت هذه الدراسة المستقبلية (الإستباقية) بين 2004/2 و 2005/2، وضمت 273 مريضاً تراوحت أعمارهم بين 7 و 20 سنة (وسطي 11.1 سنة) بينهم 83 ذكراً و 190 أنثى. قسم المرضى حسب مؤشر كتلة الجسم (BMI) إلى زيادة الوزن (155 مريضاً؛ 56.77%)، وبدانة معتدلة (78 مريضاً؛ 28.57%)، وبدانة شديدة (21 مريضاً؛ 7.6%)، وبدانة شديدة جداً (20 مريضاً؛ 7.3%). توبع المرضى لمدة سنة حيث درس تأثير المعالجة التنقيفية والسلوكية لوحدها ثم مع استخدام الميتفورمين أو sibutramine أو الاثنين معاً.

النتائج: لم تستطع المعالجة السلوكية إنقاص الوزن إلا لدى 32 مريضاً (11.7%)، لذلك أضيفت المعالجة الدوائية لدى 241 مريضاً، حيث أضيف الميتفورمين لدى 152 مريضاً (55.67%) لديهم بعض المظاهر السريرية للمقاومة للإنسولين فنقص مؤشر كتلة الجسم بمعدل 1.7 ± 2.5 كغ/م² ($P=0.03$) واستخدم السيبتورامين لدى 89 مريضاً (32.6%) حيث نجح في إنقاص مؤشر كتلة الجسم بمعدل 3.5 ± 2 كغ/م² ($P=0.01$). وقد استخدم الدوائين معاً لدى 20 مريضاً.

الخلاصة: إن المعالجة التنقيفية والسلوكية ضرورية ولكنها غير كافية، وتحسن نتائجها بإضافة السيبتورامين أو الميتفورمين. خفض مؤشر كتلة الجسم كان أكبر في مجموعة السيبتورامين، ومع ذلك فنحن نعتقد بضرورة انتظار المزيد من الدراسات قبل استخدام هذه الأدوية بشكل واسع في معالجة البدانة عند الأطفال واليافعان.

ABSTRACT

Objective: Obesity is becoming an epidemic of the 21st century. It is also affects children, and it has increased three times during the last two decades in the U.S. This study aims to study the efficacy and safety of the drugs sibutramine and metformin employed in addition to psychobehavioral treatment in the management of adolescent obesity.

Methods: This prospective study included 273 children and adolescents (83 males and 190 females), aged between 7 and 20 years (mean 11.1 years) during a 12 month period (February 2004 to February 2005). The patients were divide into groups according to BMI: overweight ($n=155$; 56.77%), moderate obesity ($n=78$; 28.57%), severe obesity ($n=21$; 7.6%) and very severe obesity ($n=20$; 7.3%). All patients received educational and behavioral treatment in addition to diet.

Results: Education and behavioral treatment alone were effective only in 32 patients (11.7%). Medical treatment was added in 241 patients; 152 patients with signs of insulin resistance received metformin; 89 patients received sibutramine (20 patients received metformin + sibutramine). In the metformin group, the mean BMI reduction was 2.5 ± 1.7 kg/m² ($P=0.03$). In the sibutramine group, ($n=89$) the mean BMI reduction was 3.5 ± 2 kg/m² ($P=0.01$).

JABMS 2006;8(1):96-103E

*Younes Mohammad Kabalan, MD, Head of the Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Damascus University, Damascus, Syria. E- mail: kabalan@scs-net.org



Conclusion: An educational behavioral program is necessary in the treatment of obesity; however, the addition of metformin and sibutramine produced better results. Sibutramine leaded to more reduction in BMI than metformin. We think more studies are needed before these drugs are widely prescribed to treat obesity in adolescents and children.

وضعت عام 2000 في الولايات المتحدة من قبل (CDC) حيث أن إنحراف فوق 85% في مخطط (CDC) يعادل مشعر كتلة جسم 25 كغ/م² والانحراف فوق 95% يعادل مشعر كتلة جسم 30 كغ/م² (جدول 2) وتتضمن معالجة البدانة عند الأطفال المعالجة النفسية السلوكية، والتمارين الرياضية، والمعالجة الدوائية، والمعالجة الجراحية.

طريقة الدراسة METHODS

تمت الدراسة بشكل مستقبلي واستمرت الدراسة سنة ميلادية من 2004/2 وحتى 2005/2، وكان هدفها المقارنة بين الأطفال واليافع المعالجين بالطرق النفسية السلوكية لوحدها أو بالمشاركة مع الميتفورمين metformin أو السيبتورامين sibutramine، ودراسة الآثار الجانبية لهذين الدوائيين. شملت المواد المستخدمة ميزاناً رقمياً مزوداً بمتر لقياس الطول، وجهاز ضغط زئبقي مزود بكم خاص للأطفال، وساعة طبية. وقد اعتمد في تشخيص زيادة الوزن أو البدانة عند المجموعة المدروسة على مايلي: قبل البلوغ، استخدمت مخططات مشعر كتلة الجسم المنسوبة لمخططات النمو BMI-for-age growth charts (CDC) (جدول 2).⁵ أما بعد البلوغ، فقد تم حساب مشعر كتلة الجسم (الوزن مقدرًا بالكغ مقسوماً على مربع الطول مقدرًا بالمتر المربع). وقد أجريت الفحوص المخبرية في مخبر مشفى الأسد الجامعي بشكل أساسي إضافة لعدد من المخابر الخاصة. شملت الطرق العلاجية مايلي: 1- المعالجة التنقيفية للأهل والطفل (التوجيهية) بدون استعمال الأدوية. 2- المعالجة التنقيفية + الميتفورمين. 3- المعالجة التنقيفية + السيبتورامين. 4 - المعالجة التنقيفية + الميتفورمين + السيبتورامين.

سوء تغذية بحاجة لعناية طبية	أقل من 16 كغ/م ²
نقص وزن ناجم عن (الحريرات أو الإجهاد)	16-18.5 كغ/م ²
الوزن المثالي	18.5-24.9 كغ/م ²
مرحلة زيادة الوزن	25-29.5 كغ/م ²
مرحلة البدانة المعتدلة	30-34.9 كغ/م ²
مرحلة البدانة الشديدة	فوق 35 كغ/م ²

الجدول 1. مشعر كتلة الجسم.

المقدمة INTRODUCTION

البدانة من أكثر الاضطرابات الإستقلابية شيوعاً، وتعرف بزيادة وزن الجسم 20% عن الوزن المثالي أو زيادة كتلة النسيج الشحمي أو زيادة مشعر كتلة الجسم، وقد وصلت البدانة اليوم حد الانتشار الوبائي في دول العالم الصناعية، ففي أمريكا مثلاً يعاني 67% من الرجال و62% من النساء من زيادة الوزن، أما البدانة فتصيب 34% من النساء و31% من الرجال¹، أما الأطفال فقد تضاعفت نسب زيادة الوزن والبدانة لديهم ثلاث مرات خلال 20 سنة حيث كانت النسبة عام 1982 تبلغ 4%، و16% عام 1994 ولتصل حتى 27% عام 2002، وتشير الدراسات الإحصائية^{2,3} إلى أن نسبة حدوث البدانة لدى الأطفال في الحالات التي يكون فيها الوالدين بدينين تبلغ 80%، أما إذا كان أحد الوالدين بدين فتبلغ النسبة 50%، واليوم تقدر منظمة الصحة العالمية عدد الكهول المصابين بالبدانة بـ250 مليون، بينما يعاني 17.6 مليون طفل دون سن الخامسة من زيادة الوزن. تؤدي البدانة لزيادة نسبة المراضة والوفيات^{6,7} وتعتبر مسؤولة عن 400000 وفاة/ سنوياً في أمريكا، وهي تقارب النسبة التي يسببها التدخين، وهي من أسباب الوفيات التي يمكن تجنبها. أما واقع البدانة في دول العالم الثالث فهو في تزايد مستمر لدرجة أنها باتت تشكل خطراً على الحياة بدرجة تكاد تقارب أهمية نقص التغذية والمجاعة في تلك البلدان. ويتم تشخيص البدانة بعدة طرق هي:

1. وزن الجسم: البدانة عند الأطفال تقدر بزيادة وزن فوق 10% للوزن المتوقع للعمر والطول⁴
2. مشعر كتلة الجسم: الوزن (كغ) على مربع الطول (م²) (جدول 1)
3. قياس النتية الجلدية
4. نسبة محيط (الخصر على الورك)
5. قياس محيط الخصر: أقل من 90 سم للذكور وأقل من 80 سم للإناث

6. المرنان: قياس كمية الشحم الحشوي تعتمد معظم الدراسات الحديثة على مشعر كتلة الجسم في دراسة البدانة حيث يتبدل مشعر كتلة الجسم حسب العمر وحسب مرحلة البلوغ، لذلك فعند الأطفال قبل البلوغ نعتد على مخططات مشعر كتلة الجسم منسوباً لمخططات النمو BMI-for-age growth charts⁵ التي



المخبرية المذكورة في الاستمارة (شكل 1).

بلغ العدد الإجمالي للمرضى المشاركين 310 مريضاً، شخص لديهم زيادة وزن أو بدانة، تم استبعاد 37 مريضاً من الدراسة (20 مريض لم يراجعوا بعد الزيارة الأولى و17 بعد الزيارة الثانية) وبناء عليه فإن المرضى الذين تابعوا الدراسة حتى النهاية بلغوا 273 مريضاً، حيث بلغ عدد الذكور 83 (30.4%) والإناث 190 (69.59%). كان 63 مريضاً بين 7-10 سنة (23.07%) و120 مريضاً بين 11-15 سنة (43.95%) و90 مريضاً بين 16-20 سنة (32.96%). تم حساب مؤشر كتلة الجسم بتقسيم الوزن على مربع الطول (كغ/م²)، كما اعتمدت مخططات CDC خاصة عند الأطفال قبل البلوغ أو دون 14 سنة،⁵ وقد قسم المرضى إلى أربع مجموعات كالتالي:

- مجموعة زيادة الوزن: 155 مريضاً (56.77%)؛ مؤشر كتلة الجسم بين 25-29.9 كغ/م².

- مجموعة البدانة المعتدلة: 78 مريضاً (28.57%)؛ مؤشر كتلة الجسم بين 30-34.9 كغ/م².

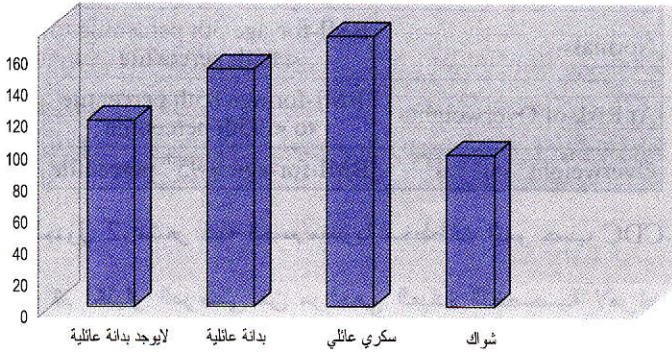
Underweight	BMI-for-age<5thpercentile
Normal	BMI-for-age 5th percentile to < 85th percentile
At Risk of Overweight	BMI-for-age 85th percentile to < 95th percentile
Overweight	BMI-for-age ≥ 95 th percentile

الجدول 2. مؤشر كتلة الجسم منسوبا لمخططات النمو حسب CDC.

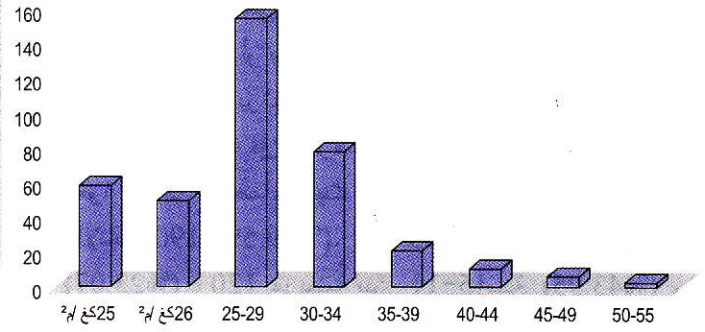
تم اختيار المرضى من مراجعي العيادة التخصصية لأمراض الغدد الصم في مستشفى الأسد الجامعي، بأعمار بين 7-20 سنة (وسطي 11.1 سنة)، وقد تم استبعاد كل الأطفال الذين بينت الفحوص المخبرية وجود سبب ثانوي للبدانة (قصور درق، أو كوشينغ، أو عملاقة)، كما استبعد من الدراسة المصابين بالسكري نمط 2، أو الموضوعين على المعالجة بالستيروئيدات القشرية أو على مضادات الإكتئاب أو الأدوية الصرعية، تم قياس الوزن والطول (ميزان SECA) مزود بمتري لقياس الطول والضغط الشرياني باستخدام جهاز مناسب للأطفال وأجريت الفحوص

الاسم:	العمر:	الجنس:	العنوان:	الهاتف:
القصة الولادية:	وزن الولادة:	الإرضاع الوالدي:	تاريخ بدء زيادة الوزن:	
سن البلوغ:	الوضع الدراسي:	سنتروئيدات قشرية ()	أدوية أخرى ()	
السوابق الدوائية: مضادات صرع () مضادات اكتئاب ()	السوابق العائلية: البدانة عند: الأم () الأب () الأخوة () الأقارب ()	المسكري عند: الأم () الأب () الأخوة () الأقارب ()		
العادات الغذائية:				
- الشهية: طبيعية () مزداة ()				
- تناول الأطعمة بين الوجبات ()				
- الأغذية المفضلة				
- الجوع بعد الوجبة بـ3 سا ()				
أعراض مرافقة:				
إكتئاب ()	إمساك ()	أعراض قلبية تنفسية ()	اضطرابات طمثية ()	الشعرانية ()
الفحص الفيزيائي:				
الطول:	الوزن:	BMI	التوتر شرياني:	شواك أسود ()
سلعة درقية ()	تشققات أرجوانية ()	شعرانية ()		
الفحوص المخبرية:				
الفحص المخبري	النتيجة	ملاحظات	الفحص المخبري	النتيجة
خضاب			SGPT	
كلس			SGOT	
فوسفور			سكر دم صيامي	
شحوم ثلاثية			TSH	
كوليسترول			كورتيزول	
هسفاتاز قلبية				

شكل 1. استمارة دراسة علاج زيادة الوزن والبدانة لدى الأطفال واليافعين.



مخطط 2. السوابق العائلية للبدانة والسكري ونسبة الشوك الأسود لدى المرضى.



مخطط 1. توزع المرضى حسب مؤشر كتلة الجسم (BMI)

الخمائر الكبدية والخضاب والكلس في الشهر الثالث والسادس وبنهاية الدراسة. طلب من المرضى مراجعة العيادة شهرياً لمراقبة الاستجابة للبرنامج. أعيد حساب كتلة الجسم بعد شهرين وبعد ستة أشهر وبعد سنة.

- مجموعة البدانة الشديدة: 21 مريضاً (7.6%)؛ مؤشر كتلة الجسم بين 35-39.9 كغ/م².
- مجموعة البدانة الشديدة جداً 20 مريضاً (7.3%) مؤشر كتلة الجسم فوق 40 كغ/م² منهم ثلاثة كان مؤشر كتلة الجسم فوق 50 كغ/م².

النتائج RESULTS

بعد شهرين من المتابعة أي في الزيارة الثالثة، قسم الأطفال إلى مجموعتين حسب استجابتهما للمعالجة التوجيهية والسلوكية:

- المجموعة الأولى: ضمت 32 مريضاً (11.72%) حدث لديهم نقص وزن بمعدل 1 ± 0.5 كغ شهرياً.
- المجموعة الثانية: ضمت باقي المرضى 241 مريضاً (88.27%) هؤلاء لم يحدث لديهم أي نقص بالوزن خلال شهري المعالجة التثقيفية، وهذه المجموعة تم تقسيمها إلى عدة مجموعات كما يلي:

- مجموعة الميفورمين: ضمت 152 مريضاً (55.67%) اختيروا ممن لديهم قصة عائلية للداء السكري وكذلك المرضى مع شوك أسود (مخطط 2) على العنق أو التئامات الجلدية الأخرى. تراوحت أعمار هذه المجموعة بين 9.6-20 سنة. الجرعة اليومية 500 ملغ 3 مرات يومياً مع بداية الطعام.
- مجموعة السيبروترامين: ضمت 89 مريضاً (32.6%) لديهم قصة عائلية سلبية للسكري، وقد تراوحت أعمارهم بين 7-20 سنة، والجرعة اليومية 10 ملغ صباحاً على الريق.

خضع جميع المرضى والبالغ عددهم 273 للبرنامج التثقيفي نفسه ولنفس التعليمات الغذائية، حيث وضع الجميع في البداية ولمدة شهرين على المعالجة بالحمية فقط (50% ماءات كربون 20% بروتين و30% دسم) مع تنظيم أوقات تناول الطعام، وتتضمن البرنامج نصائح عن أهمية ممارسة الرياضة (أي نوع من أنواع الرياضة التي يحبها المريض)، إضافة إلى برنامج مكتوب عن القواعد الصحية السابقة ويتضمن الشرح توضيح مخاطر البدانة للأهل وشرح مبسط لمفهوم الحريات في الأغذية لاسيما تلك التي يتناولها الأطفال على مدار الساعة (والتي لا يدخلها الأهل في حساب الوارد الغذائي لطفلهم). اعتمدت طريقة تصنيف الأغذية حسب إشارات المرور لتنظيم الحمية الغذائية⁸ ولتسهيل تطبيق الحمية من قبل الأطفال، فاللون الأخضر للأطعمة ذات التأثير الجيد على الوزن والأصفر لتلك التي يجب تناولها بكميات متوسطة أما اللون الأحمر فهو للأطعمة الممنوعة. أجريت متابعة شهرية بقياس للوزن وفحص للنبض والضغط وإصغاء القلب لكل طفل في المراجعات الشهرية ولم يقدم للمرضى أي دواء في الشهرين الأولين. أعيدت دراسة

عند مرضى بدنيين غير سكريين، خضع مرضى دراستنا في الزيارة الأولى لفحص سريري كامل لاستبعاد أي سبب ثانوي للبدانة أو وجود أمراض مستبطنة تمنع استخدام الأدوية المذكورة سابقاً، وبالنسبة للدراسة المخبرية أجريت الفحوص المخبرية المذكورة في الاستمارة وكانت كلها ضمن الحدود الطبيعية.

بعد شهرين من المعالجة التوجيهية لم يحدث تبدل مقبول في الوزن سوى لدى نسبة ضئيلة من المرضى بلغت 11.7% (32 مريضاً) وكانوا كلهم من مجموعة زيادة الوزن (مشعر كتلة الجسم = 27 ± 2 كغ/م²)، وهؤلاء استمروا في الدراسة دون أي إضافة دوائية، ومن الجدير بالذكر أن هؤلاء الأطفال واعتباراً من الشهر السادس للدراسة كان مشعر كتلة الجسم لديهم 24 ± 2 كغ/م²، في حين لم يتبدل مشعر كتلة الجسم لدى باقي المرضى، ولم يمكن تبرير السبب الحقيقي لفشل المعالجة التوجيهية، ولكن قد يكون لبعض العوامل دور في هذا الفشل وهي: اختلاف ثقافة الأهل وعدم تقبلهم لتغيير العادات الغذائية المنزلية، والرغبة باستخدام الأدوية المساعدة حيث أن بعض الأسر كانت تسأل بالباح عن هذا الموضوع، وقوة وسائل الإعلام ودورها السلبي في عرض مغرياتها من الأطعمة عالية السعرات الحرارية (والتي يطلق عليها من قبل معظم الأطفال المأكّل الطيبة) ترجح عدم التزام الأطفال بالبرنامج. وأظن أننا بحاجة لدراسات أخرى أوسع نشارك فيها إختصاصيين بعلم النفس مع معلمة الصف مع برامج الأطفال في التلفزيون لتقديم برامج تغذوية توجيهية صحيحة للأطفال. وأمام هذا الفشل في السيطرة على الوزن

بالمعالجة التوجيهية كان لابد من استخدام بعض الأدوية المساعدة وقد استخدمت الميتفورمين أو السيبتوترامين لمساعدة التدابير التوجيهية، لم يستخدم الأورليستات نظراً لغلاء ثمنه الأمر الذي يجعل قبوله صعباً من قبل معظم المرضى، تمت الدراسة على أدوية موجودة في السوق المحلية وليست مدعومة مادياً من قبل أي جهة لتغطية تكاليف معالجة المرضى. عند المرضى الذين لم تنجح لديهم المعالجة الدوائية لم يتقبل الأهل فكرة الجراحة أبداً.

قبل وضع الأطفال على المعالجة الدوائية قمنا بشرح الغاية من استخدام الدواء لكل عائلة، كمتهم للبرنامج التوجيهي وليس كبديل له، مع توضيح الأعراض الجانبية التي يمكن أن تحدث عند استخدام الدواء.

- مجموعة السيبتوترامين + الميتفورمين: ضمت 20 مريضاً من مجموعة الميتفورمين والسيبتوترامين، حيث لم تكن النتائج لديهم مرضية باستخدام أي من الدوائين لوحده، كما أنها لم تكن مرضية حتى باستخدام الدوائين ربما لعدم التزام أفراد هذه المجموعة بالقواعد الغذائية، لاسيما وأنهم كانوا من مجموعة البدانة الشديدة والشديدة جداً.

خرج من الدراسة عشرة مرضى من مجموعة الميتفورمين بسبب أعراض نقص السكر التي كانت تحدث لديهم وتدفعهم لتناول المزيد من الطعام، كما أنهم لم يتحملوا السيبتوترامين، وخرج من الدراسة أيضاً ست فتيات من مجموعة السيبتوترامين لإصابتهم بإمساك شديد ليتابع الدراسة حتى النهاية 257 مريضاً (94.13%) وهؤلاء جميعاً حصلوا على نتائج إيجابية حيث أصبح مشعر كتلة الجسم لدى المجموعة الأولى واعتباراً من الشهر السادس للدراسة 24 ± 2 كغ/م² (البدي 27 ± 2 كغ/م²) $P=0.03$. أما مجموعة الميتفورمين فكان وسطي نقص مشعر كتلة الجسم لديهم 1.7 ± 2.5 كغ/م² $P=0.03$ مع نقص أكبر بمعدل مشعر كتلة الجسم لدى مجموعة السيبتوترامين 3.5 ± 2 كغ/م² $P=0.01$. إن اعتماد مشعر كتلة الجسم يعطي فكرة أدق عن الوزن في تقييم الاستجابة لاسيما عند الأطفال بمرحلة النمو، فعلى سبيل المثال طفل بعمر 12 سنة كان وزنه 64 كغ وطوله 148 سم ومشعر كتلة الجسم لديه 29 كغ/م² في بداية الدراسة، بعد سنة من المتابعة أصبح طوله 154 سم ووزنه 62 كغ بينما أصبح مشعر كتلة الجسم 26 كغ/م². لم تسجل الدراسة المخبرية البدئية واللاحقة حدوث اضطرابات استقلابية تستحق الذكر.

DISCUSSION المناقشة

من حيث المبدأ، فإن التدبير المثالي للبدانة الطفولية يتضمن المعالجة السلوكية التي تعتمد تثقيف الأهل والطفل حول مخاطر البدانة وضرورة اتباع الحمية الصحية والابتعاد عن حياة الكسل^{8,9,10} ولكن وبسبب عدم الحصول على نتائج مرضية من المعالجة السلوكية وحدها نجد العديد من الدراسات التي تبين أهمية المشاركة بين المعالجة السلوكية والأدوية المنظمة للوزن مثل الأورليستات¹¹ Orlistat والسيبتوترامين^{12,13} المعتمدة من قبل منظمة الغذاء والأدوية الأمريكية (FDA) كأدوية لإنقاص الوزن عند الكهول، ودراسات أخرى على الميتفورمين لإنقاص الوزن



شكا 114 (75%) من أطفال مجموعة الميفورمين في البداية من أعراض هضمية، منهم 93 مريضاً (61.18%) كانت أعراضهم بسيطة (نفخة وآلام شرسوفية، غثيان، زيادة عدد مرات التغوط) وكانت تتحسن هذه الأعراض بإيقاف الدواء لمدة ثلاثة أيام ثم إعادة إعطاؤه بجرعات تزداد تدريجياً، بينما كانت الأعراض الهضمية شديدة ومزعجة لدى 21 مريضاً (13.8%) (إقياء، إسهالات، آلام بطنية ماغصة)، هذه الأعراض كانت تختفي بإيقاف الدواء لتعود مع البدء باستخدامه مجدداً، لذلك لم يتمكن من الاستمرار بالميفورمين عند هؤلاء المرضى، وحولوا بعد حوالي أربعة أسابيع إلى مجموعة السيوترامين، حدثت أعراض نقص سكر خفيف لدى 12 مريض (7.89%) ورغم أنها لم تكن شديدة إلا أنها كانت تدفع المرضى لتناول المزيد من الطعام وبالتالي المزيد من زيادة الوزن، وهؤلاء أيضاً خرجوا من مجموع الميفورمين بعد حوالي الشهر ليحولوا إلى السيوترامين، أما النتائج الإيجابية لاستخدام الميفورمين فهي إحداثه نقص في مشعر كتلة الجسم يعادل 1.7 ± 2.5 كغ/م². بعد نهاية الشهر الخامس للدراسة توقف نزول الوزن لدى عشرين مريض (13.15%) من مجموعة الميفورمين (7 ذكور و 13 أنثى أعمارهم 16 ± 2 سنة) من المصابين بالبدانة الشديدة، ومع إصرارهم على التزامهم بالقواعد الصحية، تمت إضافة السيوترامين لهؤلاء ولكن هذه المشاركة لم تقدم أي فائدة إضافية حيث كان معدل نزول الوزن الشهري لا يتجاوز 300 ± 200 غ.

بمقارنة نتائج دراستنا بالدراسات العالمية نجد أن Morrison¹⁴ استخدم الميفورمين لعلاج البدانة عند أطفال غير سكريين معالجين بالأدوية النفسية (طفل 19 أعمارهم بين 10-18 سنة) أعطي الميفورمين 500 ملغ 3 مرات يومياً لمدة 12 أسبوعاً، حدث نقص وزن لدى 15 منهم (وسطي نقص مشعر كتلة الجسم = 2.22 كغ/م²)، وفي دراسة Freemark¹⁵ استخدم الميفورمين بجرعة 500 مرتين يومياً لمدة 6 أشهر عند 29 طفل تراوحت أعمارهم بين 12-19 سنة ومشعر كتلة الجسم لدى الجميع فوق 30 كغ/م² وبنهاية الدراسة وجد أن مشعر كتلة الجسم انخفض 1.3% عن القيمة البدئية، دراسة Bigpro¹⁶ التي أجريت في فرنسا على 324 مريض بدين غير سكري ونشرت عام 1996 بينت حدوث نقص ملحوظ في نسبة محيط الخصر على الورك بعد سنة من المعالجة، ودراسة Glueck¹⁷ الذي أخضع 31

مريض وسطي مشعر كتلة الجسم لديهم 43 كغ/م² حيث أعطوا الميفورمين بجرعة يومية 2500 ملغ لمدة 28 أسبوع دون تغيير في نمط الحياة ووجد حدوث نقص وزن وسطي يقدر بـ 5.9 كغ ونجد عدداً من الدراسات التي استخدمت الميفورمين عند الأطفال البدنيين المصابين مع مقاومة للأنسولين أو مع قصة عائلية للسكري،¹⁸ وهناك العديد من الدراسات التي استخدمت الميفورمين لمعالجة المبيض متعدد الكيسات،¹⁹ حيث أدى استخدامه لزيادة نسبة حدوث الإباضة العفوية أو المحرصة بالكوميفين (بالمقارنة مع الدواء الغفل)، وتبين دراسة منشورة حديثاً دور الميفورمين وتغير نمط الحياة في الوقاية من المتلازمة الإستقلابية،¹⁸ وتبين دراسات أخرى أهمية الميفورمين في السيطرة على تشحم الكبد الناجم عن البدانة.¹⁹ وتبين الدراسة التي راجع بها kara ورفاقه²⁰ الدراسات التي استخدمت الميفورمين لعلاج البدانة وزيادة الوزن عند غير السكريين فوجدوا حوالي 57 دراسة وخلصوا إلى أن المعطيات الموجودة ليست كافية لإقرار هذا الدواء كعلاج للبدانة وأن الموضوع بحاجة لدراسات أعمق وأوسع. أما في مجموعة السيوترامين فكان تحمل الدواء مقبولاً لديهم (89 وضعوا على السيوترامين من بداية الشهر الثاني للدراسة أضيف إليهم في بداية الشهر الثالث المرضى الذين خرجوا من مجموعة الميفورمين (مرضى نقص السكر مع الميفورمين، ومرضى الاضطرابات الهضمية الشديدة) ليصبح مجموع مرضى السيوترامين 122، عشرة من مرضى نقص السكر أوقف استعمال السيوترامين لديهم بعد أسبوع بسبب الصداع والخفقان الشديدين وهؤلاء أخرجوا من الدراسة، كما خرجت من الدراسة ست مريضات من مجموعة السيوترامين بسبب الإمساك الشديد في نهاية الشهر الثاني لاستخدام الدواء، وتمكن 106 مرضى من الاستمرار بتناول الدواء حتى نهاية الدراسة، من الأعراض الجانبية التي حدثت مع السيوترامين لكنها لم تضطر المرضى لإيقاف الدواء: جفاف الفم عند 30 مريضاً (24.5%)، الصداع عند 45 مريضاً (36.88%)، وإمساك عند 56 مريضاً (45.9%) (شكت ست مريضات من إمساك شديد في نهاية الشهر الثاني لاستخدام السيوترامين)، ودوخة خفيفة عند 20 (16.3%) من المرضى، وشكى 34 مريضاً (27.86%) من قشعريرة أو شعور بالبرد لكنه لم يضطر المرضى لإيقاف العلاج وقد كانت السيطرة على الشهية والوزن أفضل في مجموعة السيوترامين منها في



بشكل مقبول لدى المجموعة المدروسة ورغم سلامة الدراسة الاستقصائية وعدم حدوث تبدلات استقلابية تستحق الذكر، فإنني لا أوصي بالاستخدام الروتيني لهذه الأدوية لدى الأطفال لاسيما في مرحلة ما قبل البلوغ وذلك بانتظار الكثير من الدراسات المراقبة والمعماة لتحديد مدى سلامة هذه الأدوية في تدبير البدانة عند الأطفال واليافعين، لأن دراستنا وإن كانت دراسة مستقبلية إلا أننا لم نستخدم فيها الدواء الموهوم placebo، كما أن الدراسة لم تكن عمياء أي أن الطبيب كان يعرف الدواء الذي يستخدمه المريض وربما أثر هذا على دقة النتائج، ولكن ما توصلنا إليه من نتائج يشجعنا على البدء بدراسة أوسع وربما بالتعاون مع كلية الصيدلة، بحيث تكون هذه الدراسة مزدوجة التعمية لوضع خطة لمعالجة مشكلة زيادة الوزن والبدانة عند الأطفال واليافعين، وبانتظار مثل هذه الدراسة فيجب التأكيد على أهمية المعالجة التنقيفية والسلوكية^{16,21} في الوقاية وفي علاج زيادة الوزن والبدانة، ويؤكد هذا الأمر بالنظر إلى المخطط 1. الذي يظهر أن مجموعة زيادة الوزن مجموعة زيادة الوزن والتي تضم 155 مريضاً (56.77%) منهم 58 مريضاً (21.24%) مشعر كتلة الجسم يساوي 25 كغ/م² و 50 مريضاً (18.31%) مشعر كتلة الجسم لديهم يساوي 26 كغ/م²، أي حوالي 40% من المرضى بالكاد لديهم زيادة في الوزن، وهذا يدل على وعي الأهل وتنبيههم لخطورة زيادة الوزن والبدانة وسعيهم للتغلب على زيادة الوزن لدى طفلهم حتى قبل دخوله مرحلة البدانة، والكلمة الأخيرة هي حول أهمية تضافر جهود وسائل الإعلام والمدرسة والبيت مع الجهود الطبية لمكافحة هذا الوباء.

مجموعة الميتفورمين، حيث بلغ معدل نقص مشعر كتلة الجسم 2.5 ± 3.5 كغ/م² مقارنة بـ 1.7 ± 2.5 كغ/م مع الميتفورمين.

إن نتائجنا مقارنة لما قدمته الدراسات العالمية فدراسة Godoy-Matos¹³ في جامعة ريو دي جانيرو على 60 طفل تراوحت أعمارهم بين 14-17 سنة، بينت حدوث نقص في مشعر كتلة الجسم لدى الأطفال المعالجين بحدود (2.5 ± 3.6) كغ/م. لقد نجحت المعالجة التوجيهية في إنقاص الوزن لدى 32 طفلاً (11.7%)، كما نجح الميتفورمين في السيطرة على زيادة الوزن والبدانة لدى 119 مريضاً من مجموعة الميتفورمين البالغ عددهم 152، حيث استمر تأثيره المنقصر للوزن طيلة فترة الدراسة لدى 99 مريضاً (65.13% من 152) حيث بلغ معدل نقص مشعر كتلة الجسم 1.7 ± 2.5 كغ/م²، بينما استقر الوزن أو كان معدل نزول الوزن قليلاً جداً لدى 20 مريضاً (13.15%) وخرج من مجموعة الميتفورمين 21 مريضاً (13.81%) بسبب عدم تحمل الدواء وحدثت زيادة الوزن لدى 12 مريضاً (7.89%)، ومن الجدير بالذكر أننا لاحظنا نتائج جيدة جداً للميتفورمين عند المرضى الذين كان الشوك الاسود شديداً لديهم، وعند الفتيات المصابات بتناذر المبيض متعدد الكيسات وهذين العرضين يدلان على وجود مقاومة للأنسولين مما يفسر الاستجابة الجيدة لدى هؤلاء المرضى.^{15, 18, 19} أما السيبيوترامين فقد نجح في إنقاص مشعر كتلة الجسم بمعدل 2 ± 3.5 كغ/م² لدى المجموعة التي استخدمته والبالغ عددها 106 مريض مع الاستمرار بتناول الدواء لمدة تتراوح بين 6-8 أشهر. ورغم التحمل الجيد للدوائين، ونجاحهما في السيطرة على زيادة الوزن

المراجع REFERENCES

1. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, et al: Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. JAMA 2002; 288:1723.
2. Susan Z. Yanovski, M.D., and Jack A. Yanovski, MD, Ph. D, Obesity. N Engl J Med 2002; 346:591-602 .
3. Ogden CL, Flegal KM, Carroll MD, Johnson CL. Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents. 1999-2000. JAMA 2002;288:1728-32.
4. Dietz WH, Robinson TN. Use of the body mass index (BMI) as a measure of overweight in children and adolescents. J Pediatr. 1998;132:191-3.
5. Horlick M. Body mass index in childhood: measuring a moving target. J Clin Endocrinol Metab 2001;86:4059-60
6. Ali H. Mokdad, PhD; James S. Marks, MD, MPH; Donna F. Actual Causes of Death in the United States,2000 JAMA. 2004;291:1238-45.
7. Hedley AA, Ogden CL, Johnson CL, et al. Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999-2002. JAMA 2004;291:2847-50.
8. Epstein LH, Wing RR, Steranchak L, et al. Comparison of family-based behavior modification and nutrition education for childhood obesity. J Pediatr Psychol 1980;5:25-36.
9. James J, Thomas P, Cavan D, Kerr D. Preventing childhood obesity by reducing consumption of carbonated drinks: cluster randomised controlled trial. BMJ 2004;328:1237-40.



10. Epstein LH, Valoski A, Wing RR, McCurley J. Ten-year follow-up of behavioral, family-based treatment for obese children. *JAMA* 1990;264:2519-23.
11. Jean-Pierre Chanoine, Sarah Hampl, Craig Jensen, Mark Boldrin, Jonathan Hauptman. Effect of Orlistat on Weight and Body Composition in Obese Adolescents *JAMA* 2005;293:2873-83.
12. Berkowitz RI, Wadden TA, Tershakovec AM, Cronquist JL. Behavior therapy and sibutramine for the treatment of adolescent obesity: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;289:1805-12.
13. Amélio Godoy-Matos, et al. Treatment of Obese Adolescents with Sibutramine: A Randomized, Double-Blind, Controlled Study *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 90, 1460-5.
14. Morrison JA, Cottingham EM, Barton BA. Metformin for weight loss in pediatric patients taking psychotropic drugs. *Am J Psychiatry* April 2002;159:655-7.
15. Michael Freemark, Deborah Bursey. The Effects of Metformin on Body Mass Index and Glucose Tolerance in Obese Adolescents With Fasting Hyperinsulinemia and a Family History of Type 2 Diabetes. *Pediatrics* April 2001;107(4):e55.
16. Fontbonne A, Charles MA, Juhan-Vague I, et al. The effect of metformin on the metabolic abnormalities associated with upper-body fat distribution (BIGPRO trial). *Diabetes Care* 1996;19:920-6.
17. Glueck CJ, Fontaine RN, Wang P, et al. Metformin reduces weight, centripetal obesity, insulin, leptin, and low-density lipoprotein cholesterol in nondiabetic, morbidly obese subjects with body mass index greater than 30. *Metabolism* 2001; 50:856-61.
18. Lee A, Morley JE. Metformin decreases food consumption and induces weight loss in subjects with obesity with type 2 non insulin-dependent diabetes. *Obes Res* 1998;6:47-53.
19. Velazquez EM, Mendosa S, Hamer T, Sosa F, Glucck CJ. Metformin therapy in women with polycystic ovary syndrome reduces hyperinsulinemia, insulin resistance, hyperandrogenemia, and systolic blood pressure, while facilitating menstrual regularity and pregnancy. *Metabolism* 1994;43:647-55.
20. Kara M. Levri, Elizabeth Slaymaker, Allen Last, Julie Yeh, Jonathan Ference, Stephen A. Wilson, Metformin as Treatment for Overweight and Obese Adults: A Systematic Review. *Ann Fam Med* 2005;3:457-61.
21. Orchard TJ, et al. Metformin and Lifestyle Intervention May Help Prevent Metabolic Syndrome *Ann Intern Med* 2005;142:611-9.
22. Marchesini G, Brizi M, Bianchi G, et al. Metformin in non-alcoholic steatohepatitis. *Lancet* 2001;358:893-4.



كسور القضيب (القضيب الحاد)

FRACTURES OF THE PENIS (ACUTE PENIS)

د. عدنان أحمد

Adnan Ahmad, MD.

ملخص البحث

هدف الدراسة: تقييم المقاربة التشخيصية والعلاجية للمرضى الذين يراجعون المشفى بتشخيص قضيب حاد، ودور التدخل الجراحي السريع في الحصول على أفضل النتائج.

طريقة الدراسة: ضمت الدراسة 67 مريضاً راجعوا مشفى المواساة الجامعي بدمشق بحالة قضيب حاد بين عامي 1994-2003. بلغ العمر الوسطي للمرضى 27.3 عاماً (16-60 عاماً)، وقد راجع معظم المرضى المشفى خلال 2-48 ساعة من الإصابة (8 ساعات وسطياً). خضع كل المرضى لتدخل جراحي إسعافي فور قبول المريض.

النتائج: كان السبب الأهم هو الرض اليدوي أثناء الاستمناء (56.7%) تلاه الرض أثناء الجماع (23.9%). وجد تمزق جسم كهفي لدى 64 مريضاً (95.5%)، منها 45 حالة (67.1%) في الجهة اليمنى و14 حالة (20.9%) في الجهة اليسرى و5 حالات تمزق مزدوج (7.5%). وجد تمزق وريد ظهر القضيب العميق في ثلاث حالات فقط (4.5%). أجريت خياطة تمزق الجسم الكهفي بشكل معترض مع ربط الوريد. استعاد كل المرضى الوظيفة الجنسية بعد فترة من العمل الجراحي بشكل طبيعي. من الإختلاطات العاجلة حدوث الانتان في حالة واحدة، ومن الآجلة حدوث ميلان في القضيب أثناء الانتصاب في ثلاث حالات.

الخلاصة: إن التدبير الجراحي العاجل لتمزق الجسم الكهفي يعطي أفضل النتائج العاجلة والآجلة مع قصر فترة الإقامة في المشفى وقلة الاختلاطات.

ABSTRACT

Objective: To determine the value of a diagnostic and therapeutic approach for patients presenting with acute penis and the effect of the surgical management on the outcome

Methods: The study is comprised of 67 consecutive patients presented with acute penis to Almouasat University Hospital in Damascus between 1994-2003, (aged 16 to 60 years; mean age 27.3 years). The mean interval between the accident and the treatment was 8 hours (2-48 hs). All patient underwent surgical exploration.

Results: Surgical exploration revealed corporal tear in 64 of 67 patients (95.5%). The damage was on the right side more often than on the left side (45=67.1% vs 14=20.9 %), while in 5 cases (7.5%), the injury was bilateral. In 3 patients (4.5%), we found rupture of the deep dorsal vein. The corporal tears were repaired, and the veins were ligated. The mean follow up was 21 months. All patients regained penile function (potency). Penile curvature was the only adverse effect in three of the patients, and they presented for medical treatment relatively late after the initial accident.

Conclusion: For the management of acute penis, rapid surgical exploration gives good early and late results with less morbidity and shorter hospitalization.

المقدمة INTRODUCTION

المريض في مراجعة المشفى أو يتردد الطبيب في وضع التشخيص المناسب مما يؤدي لنتائج غير مرغوب فيها. وينجم تمزق الجسم الكهفي عن رض كليل للقضيب في حالة الانتصاب،

تعد تمزقات الجسم الكهفي من الآفات الجراحية الحادة التي تصيب القضيب وتتطلب تدخلاً جراحياً إسعافياً¹ وقد يتباطىء

JABMS 2006;8(1):91-5E

*Adnan Ahmad, MD, Associated Professor, Faculty of Medicine, Damascus University, Syria.



بالقصة السريرية نجد أن الاستمنااء اليدوي والضغط على القضيب أثناء الانتصاب هي أكثر الأسباب شيوعاً (56.7%) يتلوها الرض أثناء الجماع (23.9%). وأخيراً رض غير واضح (19.4%) إما بسبب إخفاء المريض لطبيعة الرض أو لحدوث الرض أثناء النوم (مناسبة يدوية)، والجدول 2 يظهر أسباب كسور القضيب.

السبب	عدد المرضى	النسبة المئوية
الإستمنااء والرض اليدوي	38	56.7%
جماع خاطئ	16	23.9%
رض غير واضح	13	19.4%

جدول 2. أسباب كسور القضيب.

ويذكر معظم المرضى (67/51؛ 76.1%) سماع صوت طقطقة نموذجية عقب الرض. ومن الضروري معرفة المدة التي مرت على حدوث الرض، ففي دراستنا راجع معظم المرضى المشفى خلال 8 ساعات وسطياً وتراوحت بين 2-48 ساعة. لم نبحث عن أذية مرافقة في الإحليل إلا في حال وجود بيلة دموية مجهرية أو عيانية أو في حال وجود صعوبة في التبول، حيث أجري تصوير إحليل راجع لدى 8 مرضى فقط (11.9%) حيث وجد تمزق إحليل لدى 4 مرضى (6%)، وفي الحالتين الباقيتين كان هناك صعوبة في التبول بسبب الورم الدموي الضاغط بدون وجود أذية إكليلية مرافقة، لكن لم نجر تصوير ظليل للأجسام الكهفية لإثبات التشخيص لأن القرار بإجراء العمل الجراحي لا تراجع عنه، حيث تم إجراء العمل الجراحي بشكل إسعافي في كل المرضى، وعبر شق دائري تحت إكليلي subcoronal لدى 64 مريضاً (95.5%)، وشق طولي فوق منطقة الأذية في ثلاث مرضى فقط. حيث نسلخ الجلد عن الأجسام الكهفية حتى جذر القضيب (في الشق الأول) ونفرغ العلاقات الدموية والورم الدموي المتجمع، ونكشف مكان التمزق ونستخرج العلاقات الدموية المتجمعة في فوهة التمزق ثم نغلق التمزق بشكل طولي كلما أمكن ذلك خشية حدوث ميلان في القضيب نحو جهة الإصابة، وإلا فيغلق بشكل عرضي (إذا خشينا حدوث تضيق في لمعة الجسم الكهفي) وذلك بخيط 0.3 قابل للامتصاص polyglactin، وقسم من المرضى أجريت خياطة التمزق بخيط غير ممتص poly propylene 0.5 أو 0.4. في حال وجود إصابة مرافقة في الإحليل نجري خياطته على طبقات بخيط 0.4 قابل للامتصاص مع وضع قسطرة إكليلية دائمة لمدة (7-10) أيام في

وتتشكل زلة الجماع أو الجماع الخاطئ معظم أسباب التمزق في الدراسات العالمية، يتلوها الرض اليدوي أثناء الاستمنااء^{2,3}. masturbation

يذكر المريض بالقصة السريرية سماع طقطقة cracking لحظة الأذية مع زوال مباشر وسريع للانتصاب، وحدث ألم قد يكون شديداً فيما يبدو القضيب متورماً مع تكدم أزرق اللون فيه نتيجة الورم الدموي hematoma، الذي يحرف القضيب نحو الجهة المعاكسة للأذية، ويمكن أن ينتشر الورم الدموي سريعاً للصفن ونادراً للعانة. والشائع هو حدوث تمزق وحيد الجانب، أما الكسور الثنائية الجانب فهي نادرة جداً، وغير متناظرة وشديدة في جهة وأقل في الجهة الأخرى، مع تمزق جزئي أو كامل في الإحليل،⁴ والتمزق ليس دليل وجود آفة مرضية مؤهبة في الجسم الكهفي. أما تمزق الإحليل فيحدث بنسبة عالية عندما يحدث رض عنيف للقضيب مع انحناء القضيب حذاء الزاوية القضيبيّة الصفنية.⁵ وفي حالات نادرة فإن تمزق وريد ظهر القضيب العميق أو السطحي يمكن يقود لتشخيص قضيب حاد خاطيء.

في هذه الدراسة نقدم خبرة الشعبة البولية في مشفى جامعي في دمشق، والخطة العلاجية لهذه الحالات.^{3,6,7}

طريقة الدراسة METHODS

ضمت المرضى الذين راجعوا إسعاف مشفى المواساة خلال عشرة سنوات بين عامي (1994-2003) وشخص لهم كسر جسم كهفي (قضيب حاد) عند القبول. هذه الحالات قبلت في المشفى بتشخيص قضيب حاد منذ البداية والأعراض المشتركة لكل الحالات كانت ألم حاد في القضيب مع وذمة وزرقة تالين لسماع طقطقة لحظة الأذية.

النتائج RESULTS

بلغ عدد المرضى الإجمالي 67 مريضاً. كان العمر الوسطي للمرضى 27.3 سنة، وتراوح أعمارهم بين 16-60 سنة (جدول 1). كانت غالبية المرضى غير متزوجين.

العمر	العدد	النسبة المئوية
20-10	13	19.4%
30-20	28	41.7%
40-30	15	26.9%
40<	8	11.9%

جدول 1. توزع المرضى حسب الفئات العمرية



من العملية، بينما شكى ثلاث مرضى من ضعف عابر في الانتصاب في الفترة القريبة بعد العملية بسبب نفسي غالباً أما المريض الأخير فشكى من انعدام انتصاب (عنة impotence)، وحصل ميلان بسيط في القضيب mild angulation لجهة الإصابة لدى ثلاث مرضى (4.5%) دون أن يشكل ذلك عائق في الوظيفة الجنسية، وقد راجع هؤلاء المرضى المشفى بشكل متأخر نسبياً عن غيرهم بعد حدوث الرض بفترة تقرب من 18-12 ساعة، والجدول 4 التالي يلخص الاختلالات المشاهدة.

الاختلالات	عدد المرضى	النسبة
سدل Chordee	3	4.5%
انتان	1	1.5%
عفانه	1	1.5%
ضعف انتصاب عابر	3	5.5%

جدول 4. الاختلالات المشاهدة بعد التدبير الجراحي.

بقيت هناك قساوة في منطقة الخياطة عند استعمال خيوط غير قابلة للامتصاص وقد يكون ذلك ناجم عن التليف حول الخيط. أما الشق الطولي فقد استعمل في ثلاث حالات فقط عندما يراجع المريض المشفى بعد الرض مباشرة حيث أمكن تحديد مكان التمزق قبل ازدياد حجم الورم الدموي، وميزة هذا الشق سرعة الوصول لمكان الأذية وقصر فترة العمل الجراحي، ومن مساوئه إمكانية إغفال آفات أخرى مرافقة.

المناقشة DISCUSSION

رضوض القضيب نادرة نوعاً ما بسبب موقعه التشريحي المحمي جيداً إضافة لإمكانية تحرك الأعضاء التناسلية الواسع.^{7,8} ويتحول ثخن الغلالة البيضاء tunica albiginea أثناء الانتصاب من 2 ملم إلى (0.15-0.5) ملم حيث يذهب ذلك لتعرضة للرض بسهولة أكبر إذا طبقت قوة غير طبيعية،⁹ وآلية حدوث الرض هو عادة رض كلي مباشر مع ثني مفاجئ للقضيب،^{8,10,11} وتشكل الرضوض اليدوية للقضيب أثناء الاستمنا اليدوي النسبة العظمى من رضوض القضيب في دراستنا (56.7%)، وقسم من المرضى معتاد على تطبيق ضغط على القضيب أثناء الانتصاب لاختبار مقاومة القضيب أو القيام بحركة مفاجئة تنثني القضيب نحو الأسفل بعد الاستيقاظ الصباحي لاستحياء المريض من ذويه وخشيته من رؤيتهم له وهو بهذه الحالة. وتأتي الرضوض أثناء

الإصابات التامة complete أو وضع قسطرة فغر مثاني فقط cystostomy في الإصابات الجزئية. أما تشخيص تمزق وريد ظهر القضيب السطحي أو العميق فيوضع أثناء العملية وبعد نفي وجود تمزق الجسم الكهفي ويعالج بربط الوريد فقط. وفي كل الحالات نضع منزاح رفيع ماص suction drain لمدة 24 ساعة فقط، ونضع قسطرة دائمة لنفس المدة مع إعطاء الصادات وقائياً قبل وبعد العملية، ونفضل الجيل الثاني أو الثالث من السيفالوسبورينات، ونضع ضماد ضاغط لمدة يوم واحد فقط.

تمت متابعة المرضى بشك دوري حيث يسأل المريض في كل مرة عن الانتصاب وعن ميلان القضيب لجهة الإصابة، وتمت متابعة المرضى وسطياً لمدة 18 شهراً بين (6-72 شهراً). بلغ عدد المرضى الذين كان لديهم تمزق وحيد في الجسم الكهفي (67\59) مريض (88%) منهم 45 في الجهة اليمنى، و14 في الجهة اليسرى، وكان لدى 5 مرضى تمزق ثنائي الجانب (جدول 3).

الجهة	عدد المرضى	النسبة
اليمنى	45	67.1%
اليسرى	14	20.9%
ثنائي الجانب	5	7.5%
لا يوجد تمزق	3	4.5%

جدول 3. توزع كسور القضيب حسب الجهة.

أما بالنسبة لطول التمزق في الغلالة البيضاء tunica albiginea فكان يتراوح بين 1-4 سم. ووجد لدى 3 مرضى ورم دموي كبير جداً hematoma تحت لفافة بوك (Bucks fascia)، مع سلامة الجسم الكهفي في الطرفين (لا يوجد تمزق جسم كهفي) لكن وجد في منتصف الجهة الظهرية للقضيب تمزق في وريد ظهر القضيب السطحي أو العميق دون أدنات أخرى حيث تم ربطه. بلغت مدة الإقامة في المشفى وسطياً 24-36 ساعة، بدون اختلاجات قريبة عدا حالة التهاب موضعي في الجلد، وتأخر المريض في مراجعة المشفى هو سبب مؤهب للالتهاب، كل المرضى أعطوا الصادات قبل وبعد العملية مع مضادات الودمة لمدة خمسة أيام على الأقل مع المهدئات قبل النوم مثل diazepam أو diethylstilbestrol. تمت متابعة المرضى وسطياً لمدة 21 شهراً (6-38) شهراً حيث استعاد كل المرضى (عدا واحد) الوظيفة الجنسية بشكل طبيعي بعد فترة



الجماع في المرتبة الثانية من حيث عدد المرضى علماً أن معظم الدراسات العالمية^{12,13} تضعه في المرتبة الأولى حيث شكلت في دراستنا نسبة (9.23%) فقط. أما تمزق وريد ظهر القضيب العميق أو السطحي فهي نادرة جداً في رضوض الجماع وآلية الأذية هي رض للقضيب وهو بوضعية فرط انحناء بطني وهي نفس أذية الجسم الكهفي،¹⁴ والموجودات السريرية بعد الأذية تماثل موجودات تمزق الجسم الكهفي¹⁵ دون سماع صوت طقطقة ويجب اعتبار ذلك في التشخيص التفريقي للقضيب الحاد. ومن المعروف أن تمزق الوريد السطحي للقضيب ينشر الدم خلال النسيج الخلوي تحت الجلد في الأعضاء التناسلية كاملة محدثاً كدمة واسعة، بينما الورم الدموي في تمزق الوريد العميق وتمزق الجسم الكهفي يبقى محدوداً تحت لفافة بوك ويبقى ضمن القضيب¹⁴ أما في حال تمزق لفافة بوك ينتشر الورم الدموي للصفن والعجان.

يقوم البعض بإجراء تصوير ظليل للأجسام الكهفية كوسيلة مساعدة لإثبات التشخيص من جهة وتحديد موقعة من جهة أخرى، وهو إجراء بسيط ويمكن إجراءه إلى طاولة العمليات ولا يحتاج عادة لتجهيزات معقدة،¹⁶ وبعض المؤلفين يوصون به بقوة وذلك لإظهار مكان الأذية ولرسم خطة العلاج.^{16,17} وبما أن ذلك لا يتداخل مع قرار إجراء التداخل الجراحي، ولا يغير في تقنية التدخل الجراحي لذا لم نقوم بإجراء هذا التصوير بشكل روتيني وأجري في ثلاث حالات فقط (4.5%)، حيث كان هناك شك في التشخيص وجاء التصوير ليؤكد تمزق الجسم الكهفي ويبين مكان التسريب علماً أن لهذا التصوير سلبية كاذبة يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار الإمكان انسداد مكان التمزق بخثرة دموية¹⁶ ويقول بعض الباحثين أن التصوير بالأمواج فوق الصوتية يعطي تشخيص دقيق في كل الحالات.¹⁸ وهناك اختلاف واضح في مقارنة أذيات الإحليل المرافقة لتمزق الجسم الكهفي، وبعض المؤلفين يجري تصوير إحليل راجع retrograde urethrography لكل المرضى¹⁹ أما في دراستنا فقد اقتصر التصوير على الحالات التي يشك فيها بوجود أذية إحليلية وذلك بالقصة السريرية أو بوجود علامات مهمة مثل نزف من الإحليل أو بيلة دموية. وتشاهد تمزقات الإحليل المرافقة في (20-30%)

من الحالات في الأدب الطبي²⁰⁻²² والتمزق جزئي غالباً، ونادراً ما يكون كاملاً. وفي دراستنا شاهدنا 4 تمزقات فقط 6%، وقد تعود قلة التمزقات لاختلاف آليات الرض في دراستنا عن العالم الغربي. أما العلاج المحافظ لتمزق الجسم الكهفي فقد وصفت في عدة تقارير ويقوم العلاج على إزالة الألم والأدوية التي تمنع الانتصاب أو تخففه^{23,24} وهذا يقود لتندب ثانوي لمكان التمزق، وبالتالي يترافق مع نسبة أعلى من تشوه القضيب حيث تصل إلى (10%) من المرضى مع انتصاب غير كامل وصعوبة في الإيلاج،^{20,25} إضافة للمشاكل الأخرى التي قد تحدث مثل خراج القضيب أو أذيات الإحليل المنسية وزيادة في حجم الورم الدموي في القضيب، وطول فترة الاستشفاء،^{13,25} كل هذه الاختلالات دعمت الإصلاح الجراحي العاجل لتمزق الجسم الكهفي لأن نسبة ميلان القضيب أقل بكثير، وإن حدث يكون بسيطاً مع قصر فترة الاستشفاء.¹³ ومن المهم في هذا العلاج إغلاق التمزق بشكل طولي (مسائر لمحور القضيب) كلما أمكن ذلك، وذلك لتجنب ميلان القضيب لجهة الإصابة، أما إذا كان اتجاه التمزق عمودي على محور القضيب وطويل فإن الخياطة الطولية تؤدي لتضيق الجسم الكهفي، لذا يخطأ بشكل عرضي مناسب لذلك.²⁶ وفي دراستنا وبالمتابعة لوحظ ميلان في القضيب عند ثلاث مرضى (4.5%) وقد يعود ذلك للتضيق الزائد للحواف أو لإجراء خياطة على أكثر من طبقة، ولوحظ أن هؤلاء المرضى كانوا متأخرين في مراجعة المشفى بعد الرض، وقد يكون التأخر ناجم عن خوف المريض من الإحراج الاجتماعي أو ناجم عن ارتباك المريض أن يشاهد بهذه الحالة. ويستعيد معظم المرضى الوظيفة الجنسية بشكل طبيعي (98.5%) في دراستنا وقد تنجم العنانة عن هروب وريدي رضي في التمزقات المزدوجة والمترافقة مع تمزق الجسم الإسفنجي.²⁷ يوصي البعض بالعلاج الجراحي الآني في تمزق وريد ظهر القضيب العميق،⁸ ويمكن أن يعالج بشكل محافظ إذا نفينا تمزق الجسم الكهفي.

الخلاصة CONCLUSION

تشير النتائج القريبة والبعيدة لهذه الدراسة أن التداخل الجراحي الإسعافي العاجل يجب اعتباره الخطوة الأولى والأهم فور وضع التشخيص.



REFERENCES المراجع

1. Sylla C, Ba M, Ndoeye A, Fau PA, Thiam O, Bubo Diallo A. Urgences Peniennes. *Ann Urol (Paris)* 2000; 34(3):203-7.
2. Nicolaisen GS, Melarnud A, Williams RD, Mc Aninch JW. Rupture of the corpus cavernosum: Surgical management. *J Urol* 1983;130: 917-918.
3. Meares EM. Traumatic rupture of the corpus cavernosum. *J Urol* 1971;105:407-409.
4. Pavard D, Grise P, Dadoour D. Rupture complete de l'urethre et fracture bilaterale des corps caverneux. *Ann Urol* 1988;6:428-430.
5. Mangin PH, Pascal B, Cukier J. Rupture de l'urethre par faux pas de coit. *J Urol* 1983;89 (1):27-34.
6. Shittu OB, Kamara TB. Fracture of the penis: diagnosis and treatment. *Afr J Med Sci* 2000 Jun;29(2):179-80.
7. Mellinger CB, Bouenias R. New surgical approach for management of penile fracture and penetrating trauma. *Urology* 1992;5:429-432.
8. Codec CJ, Reiser Lagush AZ. The erect penis injury prone organ. *J Trauma* 1988;28:124-126.
9. Seaman EX, Santarosa RP, Walton GR, Katz AE. Immediate repair: Key to managing the fractured penis. *Contemp Urol* 1993;5:13- 21.
10. Brotxman GL. Penil fracture. *J Am Board Fam Pract* 1991;4:351-353.
11. Tsang T, Demby AM. Penil fracture with urethral injury. *J Urol* 1992;147:466-468.
12. Klein FA, Smith MJ, Miller N. Penile fracture: Diagnosis and management . *J Trauma* 1983;1025-1090.
13. Hineu A. Fracture of the penis: treatment and complications. *Acta Med Okayama*. 2000 Oct ;54(5):211-6.
14. Nicely ER, Costable RA, Moul JW. Rupture of the deep dorsal vein of the penis during sexual intercourse. *J Urol* 1992;147: 150 - 152.
15. Orvis BR, Mc Aninch JW. Penile rupture. *Urol Clin N Am* 1989;16: 369-375.
16. Dever DP, Saral PG, Catanese RP, Feinstein MJ, Davis RS. Penile fracture: Operative management and cavernosography. *Urology* 1983;22: 394-396.
17. Grosman H, Gray RP, St louis EL, Casey R, Keresteci AG, Elliol DS. The role of the corpus cavernosography in acute fractured of the penis. *Radiology* 1982;144:787-788.
18. Karadeniz T, Topsakal M, Ariman A, Erton H, Basak D. Penil fracture: differntial diagnosis and outcome. *Br J Urol* 1996;77:279-281.
19. Agrawal SK, Margan BE, Shafique M, Shazely M. Experience with penile fracture in Saudi Arabia. *Br J Urol* 1991;67:644-646.
20. Gross M, Arnold TL, Petersp. Fracture of the penis with associated laceration of the urethra. *J Urol* 1977;117:725-727.
21. Nymark K, Krestensen JK. Fracture of the penis with urethral rupture. *J Urol* 1983;129:147-148.
22. Walton JK. Fracture of the penis with laceration of the urethra. *Br J Urol* 1979;51:308-309.
23. Mydlo JH, Gershbein AB, Macchia RJ: Non operative treatment of patients with presumed penile fracture. *J Urol* 2000 Feb;165(2):424-5.
24. Sant GR: Rupture of the corpus cavernosum of the penis. *Arch Surg* 1981;116:1176-8.
25. Bencheikroun A, Abakka T, Lakarissa A. Fracture des corps caverneux: A propos de 22 cas. *J Urol* 1986;92(5):291-295.
26. Ruckle HC, Hanlly HG, Luy PD. Fracture of the penis: diagnosis and management. *J Urology* 1992;40:33-35.
27. Gantero P, Sidhu PS, Muir GH.:Pnile fracture repair: assessment of early results and complications using Color Doppler Ultrasound. *Int J Impot Res* 2000 Apr;12(2):125-9.





Selected Abstracts ملخصات طبية مختارة



- وفيزيولوجية التمرين ومجموعة عمل أمراض العضلة القلبية والتأمور التابعة للجمعية الأوروبية لأمراض القلب.
- * الداء القلبي الصمامي والحمل الجزء الأول: الصمامات الطبيعية.
- * الداء القلبي الصمامي والحمل الجزء الثاني: الصمامات القلبية البديلة.
- * المجازة أو التوسيع (الرأب) الوعائي في علاج نقص تروية (إقفار) الطرف الحادة.
- أمراض صدرية.....(ص41)
- * السالميترويل والوفيات المتعلقة بالربو.
- أمراض هضمية.....(ص41)
- * معالجة السعال المرافق للمرافق للقلع المعدي-المرئي.
- * دراسة مقارنة بالدواء الموهوم حول استخدام الإيتوبريد في عسر الهضم الوظيفي.
- * معالجة التهاب الكبد B المزمن باستخدام الإمتريسيتابين.
- أمراض عصبية.....(ص43)
- * دور NXY-059 في السكتة الدماغية الحادة بنقص التروية.
- * الحقنة الوحيدة فوق الجافية تفشل في الوقاية من الألم العصبي التالي لفيروس الهربس.
- أمراض دم.....(ص44)
- * نسبة انتشار اعتلال الغلوبولين غاما وحيد النسيلة غير محدد الدلالة.
- * سير داء كثرة الصفيحات الأساسي.
- أنف وأذن وحنجرة.....(ص45)
- * دور الستيرويدات الأنفية في علاج التهاب الأنف والجيوب الحاد.
- أمراض نسائية وتوليد.....(ص46)
- * مقارنة بين التلقيح الخارجي باستخدام جنين مفرد في مرحلة الخلية الأرومية وجنين مفرد في مرحلة التشطر.
- * الدراسة الخولية المعتمدة على السائل: ليست أكثر دقة من اللطاخة التقليدية؟
- * ارتباط قطع الأفات العنقية باختلاطات توليدية تالية.
- * استمرار انخفاض معدل سن بدء الإحاضة.
- أمراض عظمية ومفصلية.....(ص48)
- * عوامل ارتفاع خطورة الوفاة التالية لكسر الورك.
- * الغلوكوزامين وسلفات الكوندرويتين، ومشاركتها في علاج إصابة الركبة بالفصل العظمي (التهاب المفاصل التنكسي) المولم.
- * إضافة الكالسيوم وفيتامين د وخطورة الإصابة بكسور.
- * استخدام الدينوزوماب لدى الإناث ما بعد الضهي المصابات بانخفاض كثافة معدن العظم.
- * استخدام الذايفان الوشيقي في علاج مرفق لاعب التنس.
- أمراض شيخوخة.....(ص51)
- * خطورة وفوائد استخدام المهدئات لدى المسنين.
- * معالجة خارج المشفى بالغاتيفلوكساسين واضطراب سكر الدم لدى المسنين.
- طب نفسي.....(ص53)
- * المعالجة المحافظة للاكتئاب الشديد في الأعمار المتقدمة.
- * مضادات الاكتئاب أثناء الحمل.
- * الوفيات المرتبطة بمضادات الذهان التقليدية مقارنة بالمضادات اللانمطية.
- أورام.....(ص55)
- * البلميط المنشاري لعلاج ضخامة البروستات الحميدة.
- * مستوى دنا فيروس التهاب الكبد B ينبيء بخطورة سرطانة الخلية الكبدية.
- * الأهمية الإنذارية للمناعة الذاتية أثناء معالجة الميلانوما بالأنترفيرون.
- * مشاركة الثاليدوميد والديكساميثازون لعلاج الورم النقائي العدي.
- أبحاث.....(ص56)
- * تسارع وعود مشروع المجين البشري.

- صحة عامة.....(ص21)
- * المدخول المرتفع من الفواكه والخضار يخفض من خطورة السكتة الدماغية.
- * ارتباط مدخول الكاكاو بانخفاض ضغط الدم والوفيات القلبية الوعائية.
- * مضادات الأكسدة الغذائية وتتكس اللطخة الصفراء: تناولوا القنبيط (البروكلي)!
- * النظام الغذائي قليل الشحوم وسرطان الثدي وسرطان القولون والمستقيم وأمراض القلب.
- * استخدام اللهاية ومتلازمة موت الرضيع المفاجئ: بيانات حديثة، ونتائج مماثلة.
- * التأثيرات السلبية للإزعاجات في المدارس لدى صغار الأطفال.
- * دور اليوغا في علاج ألم أسفل الظهر.
- طب طوارئ.....(ص25)
- * المعالجة المكثفة بالأنسولين في وحدة العناية المركزة الطبية.
- * استخدام جرعات منخفضة من الستيرويدات لدى مرضى الصدمة الإنتانية ومتلازمة الضائقة التنفسية الحادة.
- * المعالجة بالستيرويدات لتسهيل الفصل عن التهوية الآلية في وحدة العناية المركزة.
- * تدبير الألم الحاد لدى المرضى الذين يتناولون مناهضات الأفيون.
- أمراض عدوانية (إنتانية).....(ص27)
- * البريونات في عضلات الغزال.
- * اكتساب فيروس الهربس البسيط HSV أثناء الحمل.
- * دور الغلوبولين المناعي البشري المضاد للانسمام الوشيقي في علاج الانسمام الوشيقي لدى الرضع.
- * الأيفرمكنين فعال تجاه قمل البدين.
- * العامل الممرض المسبب لالتهاب الإحليل بغير المكورات البنية غالبا مجهول.
- لقاحات.....(ص30)
- * أمان وتمنيع لقاح من نمط فرعي معطلة من فيروس الإنفلونزا A (H5N1).
- * استمرار التمنيع ضد التهاب الكبد B لعقد من الزمن على الأقل في المناطق قليلة الانتشار.
- البدانة والاستقلاب والداء السكري.....(ص31)
- * إضافة أنسولين الغلارجين لدى مرضى الداء السكري من النمط 2.
- أمراض المناعة والتحصن.....(ص32)
- * الدليل على دور عامل تتخر الورم ألفا في الربو المعند.
- * مقارنة 4 أنظمة علاجية لالتهاب المفاصل الرثياني.
- * الإيتانيرسبت لعلاج الصدف: التأثير على الأفات الجلدية والإحباط والتعب.
- * استخدام الناناليزوماب مع الأنترفيرون بيتا-1a لعلاج التصلب العدي الناكس.
- طب أطفال.....(ص34)
- * المشطبات الاصطفائية لإعادة قبط السيروتونين وخطورة ارتفاع الضغط الشرياني الرئوي المستمر لدى حديثي الولادة.
- * سبب آخر لوصف الصادات الحيوية بشكل ملائم.
- أمراض قلبية وعائية.....(ص35)
- * كي محيط الوريد الرئوي لعلاج الرجفان الأذيني المزمن.
- * القيمة الإنذارية لـBNP في المتلازمة الإكليلية الحادة.
- * حاصرات بيتا: هل لا يزال يوصى بها في ارتفاع الضغط الشرياني غير المترافق باختلاطات؟
- * التوصيات حول مشاركة الرياضيين المصابين بداء قلبي وعائي في الألعاب الرياضية التنافسية: وثيقة الإجماع الصادرة عن مجموعة دراسة أمراض القلب الرياضية المنبثقة عن مجموعة عمل إعادة التأهيل القلبي



■ صحة عامة

Public Health

المدخل المرتفع من الفواكه والخضار

يخفض من خطورة السكتة الدماغية

High Intake of Fruits and Vegetables Reduces Stroke Risk

Soloway B.

Journal Watch 2006;26(5):38.

[He FJ et al. Fruit and vegetables consumption...Lancet 2006 Jan 28;367:320-6].

خلفية وهدف الدراسة: تشير عدة دراسات إلى أن المدخول المرتفع من الفواكه والخضار يخفض من خطورة السكتة الدماغية، ولتقييم هذه العلاقة بشكل أكبر قام باحثون بإجراء تحليل وسطي لـ 9 دراسات جماعية مستقبلية ضمت أكثر من 250000 شخص، مع متابعة وسطية بلغت 13 عاماً. أجري في كافة الدراسات ضبط للمتغيرات المشوشة.

طريقة الدراسة: صنف المشتركون في الدراسات في 3 فئات حسب مدخول الفواكه والخضار: مدخول منخفض (>3 حصص غذائية يومياً)، مدخول متوسط (3-5 حصص غذائية يومياً)، مدخول مرتفع (>5 حصص غذائية يومياً).

النتائج: وجد انخفاض هام في خطورة السكتة الدماغية لدى الأشخاص في المجموعتين الثانية والثالثة (الخطورة النسبية 0.89 و0.74 على الترتيب). كان الاختلاف في الخطورة بين مجموعتي المدخول المرتفع والمنخفض هاماً بغض النظر عن الجنس ومدة المتابعة وطريقة تقييم النظام الغذائي والنوع الفرعي للسكتة الدماغية، بينما كان الاختلاف بين مجموعتي المدخول المتوسط والمنخفض غير هام في بعض المجموعات الفرعية. كانت الفواكه والخضار واقية في مجموعة المدخول المرتفع بينما كانت الفواكه وحدها واقية في مجموعة المدخول المتوسط.

الخلاصة والتعليق: كان الاختلاف بين المدخول المرتفع والمنخفض من الفواكه والخضار في هذا التحليل مشابهاً للاختلاف بين المدخول الذي ينصح به والمدخول الحالي في معظم البلدان المتطورة مما يشير إلى أن الالتزام الواسع بالنصائح الغذائية قد يخفض بشكل ملموس من عبء حوادث السكتة الدماغية على المجتمع. إن إجراء دراسة عشوائية يتناول فيها المشتركون مدخولاً مرتفعاً من الفواكه والخضار بشكل ملموس، مقارنة مع المدخول لدى مجموعة الشاهد، سيكون أكثر

ملموس، مقارنة مع المدخول لدى مجموعة الشاهد، سيكون أكثر إقناعاً من الدراسات المراقبة التي أجري تحليلها هنا.

CONCLUSION & COMMENT: The different between high and low intake of fruits and vegetables in this analysis is similar to the difference between recommended and actual intake in most developed countries, suggesting that widespread adherence to dietary recommendations might reduce the population burden of stroke substantially. A randomized trial in which subjects substantially increased their fruit and vegetable intake, compared which intake among controls, would be more persuasive than the observational studies analyzed here.

ارتباط مدخول الكاكاو

بانخفاض ضغط الدم والوفيات القلبية الوعائية

Cocoa Intake Associated

With Lower BP and Cardiovascular Mortality

Moloo J.

Journal Watch 2006 Apr 1;26(7):55-6

[Buijsse B et al. Cocoa intake, blood pressure,...Arch Intern Med 2006 Feb 27;166:411-7]

خلفية الدراسة: أظهرت دراسات قصيرة الأمد أن استهلاك الكاكاو، الغني بمشتقات الفلافانول، يخفض من ضغط الدم ويحسن الوظيفة البطانية، ربما عن طريق زيادة اصطناع أكسيد النيتريك.

طريقة الدراسة: أجريت دراسة في هولندا لتحديد الارتباط بين مدخول الكاكاو وضغط الدم في تحليل متصالب، وبين الكاكاو والوفيات القلبية الوعائية في تحليل مستقبلي باستخدام بيانات 470 ذكراً مسناً (وسطي أعمارهم 72 عاماً) تمت متابعتهم لمدة 15 عاماً. وللتقليل من العوامل المؤثرة استنتج من الدراسة المرضى المصابين بداء قلبي وعائي أو داء سكري أو سرطان أو ارتفاع ضغط شرياني عند بدء الدراسة. تم تقييم مدخول الكاكاو من القصة الغذائية بفواصل بلغت 5 سنوات. النتائج:

- لم يرتبط مدخول الكاكاو بمستوى الكوليسترول، أو بمعامل كتلة الجسم، أو بمستوى النشاط الفيزيائي عند بدء الدراسة.
- بعد ضبط العوامل المؤثرة الهامة التي تشمل مدخول الأغذية المختلفة، شوهد انخفاض بسيط في وسطي ضغط الدم الانقباضي والانبساطي (أقل بـ 3.7 ملم ز و 2.1 ملم ز) لدى الذكور في الثلث الأعلى لاستهلاك الكاكاو، مقارنة بالذكور في الثلث الأدنى.



- تم تشخيص تنكس اللطخة الصفراء الشخي لدى 560 فرداً.
- في تحليل مضبوط من حيث العوامل المؤثرة، ارتبط استهلاك الزنك فوق المعدل بانخفاض متواضع لكنه هام في خطورة الإصابة بـAMD، وكانت هذه الأهمية بسيطة مع ارتفاع مدخول فيتامين E.

- شوهد انخفاض هام في الخطورة بنسبة 35% مع استهلاك أعلى من المستوى المتوسط من مجموع هذه المضادات معاً، مقارنة باستهلاك أدنى من المستوى المتوسط.

- لم يسبب ضبط إضافة مضادات الأكسدة تبديلاً هاماً في النتائج. الخلاصة والتعليق: في هذه الدراسة، ارتبط ارتفاع المدخول الغذائي من الزنك والبيتا كاروتين وفيتامين C و E بانخفاض هام في خطورة تنكس اللطخة الصفراء الشخي. وتوضح هذه البيانات قيمة استهلاك الغذاء الغني بجميع مضادات الأكسدة المفيدة، عدا التركيز على إضافة مضادات أكسدة نوعية.

CONCLUSION & COMMENT: In this study, high dietary intake of zinc, β -carotene, and vitamins C and E was associated with substantially reduced risk for age-related macular degeneration. These data demonstrate the value of consuming a diet rich in all beneficial antioxidants, rather than focusing on supplements of specific antioxidants.

النظام الغذائي قليل الشحوم وسرطان الثدي وسرطان القولون والمستقيم وأمراض القلب

Low-Fat Diet and Breast Cancer, Colorectal Cancer, and Heart Disease

Schwenk TL.

Journal Watch 2006;26(5):38.

[Prentice RL et al. Low-fat dietary pattern...JAMA 2006 Feb 8;295:629-42.

Beresford SAA et al. Low-fat dietary pattern...JAMA 2006 Feb 8;295:643-54.

Howard BV et al. Low-fat dietary pattern...JAMA 2006 Feb 8;295:655-66.]

كجزء من دراسة الصحة الأولية للمرأة، أجري توزيع عشوائي لـ 48835 امرأة بعد سن الضهي (متوسط أعمارهن 62 عاماً) لتناول نظام غذائي قليل الشحوم (الحريبات من الشحوم 20%؛ الفواكه والخضار < 5 حصص يومياً؛ الحبوب < 6 حصص يومياً) أو النظام الغذائي المعتاد. لم تكن أي من النساء قد عرفت إصابتهن بسرطان الثدي أو قولون ومستقيم. كان الهدف الرئيسي للباحثين هو تحري تأثير النظام الغذائي قليل الشحوم على معدل حدوث سرطانات الثدي والقولون والمستقيم. كانت الأمراض القلبية-الوعائية نتائج ثانوية، وكان لدى حوالي 3% من النساء

- خلال 15 عاماً من المتابعة، توفي 314 ذكراً (152 ذكراً توفوا لإصابتهم بداء قلبي وعائي).
- كانت نسبة الوفيات القلبية الوعائية أقل لدى الذكور في الثلث الأعلى للمدخل مقارنة بالذكور في الثلث الأدنى (الخطورة النسبية 0.67).

الخلاصة والتعليق: في واحدة من أولى الدراسات طويلة الأمد المطبقة على مدخول الكاكاو، شوهد ارتباط بين انخفاض ضغط الدم ونسبة الوفيات القلبية الوعائية. ورغم محاولة خفض تأثير العوامل المؤثرة، لا بد من إجراء دراسة عشوائية للتخلص تماماً من مثل هذه العوامل. وإلى ذلك الحين، يمكن لمحبي الشوكولا الداكنة الاستمرار في التحجج بالفوائد الصحية للكاكاو.

CONCLUSION & COMMENT: In one of the first long-term studies on cocoa intake, researchers found an association with lower BP and lower cardiovascular mortality. Although the authors attempted to minimize the effects of confounding, a randomized trial is necessary to fully exclude such effects. Until then, dark chocolate lovers can continue to claim the health benefits of cocoa.

مضادات الأكسدة الغذائية وتنكس اللطخة الصفراء:

تناولوا القنبيط (البروكلي)!

Dietary Antioxidant and Macular Degeneration-- Eat Your Broccoli!

Schwenk TL.

Journal Watch 2006 Feb 1;26(3):23

[Van Leeuwen R et al. Dietary intake of antioxidants...JAMA 2005 Dec 28; 294: 3101-7]

خلفية الدراسة: تؤدي إضافة جرعات مرتفعة من مضادات الأكسدة، تشمل البيتا كاروتين، وفيتامين C، وفيتامين E، والزنك إلى تقليل ترقى تنكس اللطخة الصفراء الشخي AMD.
هدف الدراسة: تحديد فعالية مضادات الأكسدة الغذائية في الوقاية من AMD الأولي.

طريقة الدراسة: تم تقييم بيانات دراسة جماعية مستقبلية مطبقة على المجتمع لدى مسنين مقيمين في روتردام، في هولندا. شملت الدراسة 4170 مشاركاً، وسطي أعمارهم 67 عاماً، لديهم تقييم غذائي وفحوص فيزيائية مصدقة عند بدء الدراسة، وقد خضعوا لاختبار فيزيائي واحد على الأقل خلال فترة متابعة بلغت 8 أعوام وسطيّاً.

النتائج:



last word on dietary modification to prevent cancer and cardiovascular disease.

استخدام اللهاية ومتلازمة موت الرضيع المفاجئ:

بيانات حديثة، ونتائج مماثلة

Pacifiers and SIDS:

New Data, Same Results

Bauchner h.

Journal Watch 2006 Feb 1;26(3):25

[Li DK et al. Use of a dummy (pacifier) during sleep...BMJ 2006 Jan 7;332:18-21]

خلفية الدراسة: أوصت الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال حديثاً أنه بمجرد اتخاذ القرار بالإرضاع الطبيعي، على الأهل الأخذ بالاعتبار تقديم اللهاية للمولود الحديث عند تهيئته للنوم. وقد اعتمدت هذه التوصية المثيرة للجدل على نتائج التحليل التالي الذي أشار إلى ارتباط استخدام اللهاية بانخفاض نسبة حدوث متلازمة موت الرضيع المفاجئ بحوالي 50%. ومع ذلك، فقد تكون هذه النتائج قد بالغت في تقدير التأثير الوقائي للهاية، لأن جميع الدراسات التي شملها التحليل تمت قبل انتهاء حملة العودة إلى النوم.

طريقة الدراسة: في HMO في كاليفورنيا تم تسجيل نتائج دراسة مضبوطة بشاهد مطبقة على المجتمع، حول استخدام اللهاية ومتلازمة موت الرضيع المفاجئ لدى 185 رضيعاً توفروا نتيجة هذه المتلازمة (بين عامي 1997 و 2000 بعد إتمام حملة العودة إلى النوم) و 213 طفلاً شاهداً تم اختيارهم بطريقة عشوائية. النتائج:

- ارتبط استخدام اللهاية أثناء فترة النوم الأخيرة بانخفاض هام في خطورة حدوث المتلازمة (انخفاض بنسبة 90%، نسبة الأرجحية 0.08)، وبانخفاض الخطورة في التحاليل المطبقة لدى جميع المجموعات الفرعية على عوامل خطورة المتلازمة الأخرى، والتي تشمل وضعية النوم الأخيرة (استلقاء أو على الجانب)، والفرش الناعم، وتدخين الأم، والعرق.

الخلاصة والتعليق: رغم الأخذ بالاعتبار أن استخدام اللهاية يمكن أن يؤثر في الإرضاع الطبيعي ويمكن أن يسبب عواقب غير مرغوب بها، إلا أن هذه النتائج تؤكد نتائج التحليل التالي المطبق سابقاً. كما تدعم توصيات الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال باستخدام اللهاية لدى الرضع أثناء النوم.

CONCLUSION & COMMENT: Although concerns remain that use of pacifiers can affect breast-feeding rates and lead to unintended consequences, these

قصة أمراض قلبية-وعائية. تم الوصول إلى تعديل النظام الغذائي خلال 18 جلسة جماعية في العام الأول من الدراسة مع الاستمرار بإجراء الجلسات الفصلية خلال 8 سنوات من المتابعة الوسطية.

عند بدء الدراسة، كانت نسبة الطاقة من مدخول الشحوم 38%، وبلغت بعد عام 24% في مجموعة المداخلة (خفضت الشحوم المشبعة وغير المشبعة بحوالي 35%) و 35% في مجموعة الشاهد. وهذا الاختلاف البالغ 11% من النقاط كان حوالي 70% من الاختلاف الذي هدفت إليه الدراسة.

بلغ معدل الحوادث في مجموعتي المداخلة والشاهد (والمعبر عنها بالحالات الثانوية لكل 100 مريض) 0.45 و 0.42 للترتيب لسرطان الثدي، و 0.13 و 0.12 لسرطان القولون والمستقيم، و 0.28 و 0.27 للسكتة الدماغية. لم يكن أي من هذه الاختلاف هام إحصائياً على الرغم من أن الاختلاف في حدوث سرطان الثدي كان قريباً من الأهمية الإحصائية ($P=0.09$). إن شمل أو إبعاد الأشخاص الذين لديهم قصة حوادث قلبية-وعائية سابقة لم يسبب أية اختلافات هامة إحصائياً بين المجموعات لنتائج الحوادث القلبية-الوعائية.

الخلاصة والتعليق: إن هذه النتائج قد صورت إعلامياً بشكل واسع حيث أشارت إلى أن النظام الغذائي قليل الشحوم غير هام للوقاية من السرطان والحوادث القلبية-الوعائية، ولكن الاختلاف الحالي في مدخول الشحوم بين مجموعتي المداخلة والشاهد كان متواضعاً نسبياً، كما وكانت المتابعة قصيرة المدى، آخذين بعين الاعتبار سير الأمراض المدروسة، كما أن الشحوم "الجيدة" والشحوم "السيئة" من الناحية القلبية قد خفضتا بنسب متساوية في هذه الدراسة التي لم تكن موجهة بشكل خاص لتخفيض الحوادث القلبية-الوعائية. لذا فإن هذه الدراسة ليست فاصلة في تبديل النظام الغذائي للوقاية من السرطان والأمراض القلبية الوعائية.

CONCLUSION & COMMENT: These results have been widely portrayed by the media as suggesting that dietary fat intake is unimportant in cancer or CVD prevention. However, the actual difference in fat intake between intervention and control groups was relatively modest, and follow-up was relatively brief, considering the natural history of the target conditions. Moreover, both "good" and "bad" fats from the cardiovascular perspective were reduced in equal proportions, and this study wasn't specifically designed to lower CVD rates. Therefore, this study is not the



ask children about bullying if these problems develop. Needless to say, because bullying is so prevalent, antibullying programs are needed in schools.

دور اليوغا في علاج ألم أسفل الظهر Yoga for Chronic Low-Back Pain

Saitz R.
Journal Watch 2006 Feb 1;26(3):24.
[Sherman KJ et al. Comparing yoga, exercise, and...Ann Intern Med 2005 Dec 20;143:849-56]

خلفية الدراسة: يزاول العديد من الأشخاص اليوغا كعلاج لألم أسفل الظهر، ولكن إلى الآن لم يتم إثبات فعاليتها في دراسة سريرية.

طريقة الدراسة: طبقت دراسة في ولاية واشنطن وإيداهو على 101 مريض (انتخبوا من بين 653 مريضاً) استمر ألم الظهر لديهم لمدة تراوحت بين 3 و15 شهراً بعد مراجعتهم لأطباء الرعاية الأولية بسبب إصابتهم بألم ظهر غير مختلط. وزع المرضى عشوائياً لتطبيق 12 جلسة أسبوعية مدة الواحدة 75 دقيقة في صفوف يوغا موجهة علاجياً (viniyoga)، أو 12 جلسة أسبوعية في صفوف تمارين فيزيائية (مصممة بواسطة معالج فيزيائي)، أو استخدام كتب الرعاية الذاتية. كان معظم المشاركين في الدراسة من الإناث الجامعيات الموظفات.

النتائج:
- خلال 12 أسبوعاً، كان القصور الوظيفي الناجم عن ألم الظهر أقل بشكل هام في مجموعة اليوغا مقارنة بمجموعتي التمرين والكتب (وسطي التبدل 2-3 نقاط، وهو تبدل هام سريرياً بمقياس رولاند للعجز).

- خلال 26 أسبوعاً، استمرت هذه الموجودات، وكانت الأعراض المزعجة المسجلة لدى المشاركين في صفوف اليوغا أقل، كما كان تناول الأدوية المسكنة لألم الظهر أقل بشكل هام، مقارنة بالمرضى في المجموعتين الأخريين (21% مقابل $\leq 50\%$).

الخلاصة والتعليق: يبدو أن اليوغا فعالة في علاج ألم أسفل الظهر المزمن. وبما أن هذه الدراسة شملت مجموعة منتخبة من المرضى، فلا بد من إجراء مزيد من الدراسات لتحديد فائدة اليوغا في دراسة أوسع وذات مجموعات أكثر تنوعاً.

CONCLUSION & COMMENT: It appears that yoga can be effective for chronic low-back pain. Because this study involved a select group of patients, additional trials should be conducted to determine the

results confirm those of the previous meta-analysis. They further validate the AAP'S recommendation that infants use pacifiers during sleep.

التأثيرات السلبية للإزعاجات في المدارس لدى صغار الأطفال Adverse Effect of Bullying on Young School Children

Dershwitz RA.
Journal Watch 2006 Jan 1;26(1):11
[Glew GM et al. Bullying, psychosocial adjustment...Arch Pediatr Adolesc Med 2005 Nov;159:1026-31]

خلفية الدراسة: يعتبر الإزعاج بين الأطفال الصغار مشكلة صحية عامة وهامة.

هدف الدراسة: اختبار تأثير الإزعاج على أطفال مدرسة ابتدائية. طريقة الدراسة: طبقت الدراسة على 3530 طفلاً في الصف الثالث والرابع والخامس في مدرسة واحدة (مدرسة West Coast)، عام 2001. اعتبر الأطفال الذي سجلوا تعرضهم دائماً للآذى (مقابل التعرض أحياناً أو عدم التعرض) أو كانوا موضعاً للسخرية هم الضحية، أما الأطفال الذين ذكروا قيامهم بإزعاج الآخرين 3 مرات على الأقل شهرياً فقد صنّفوا بالمعتدين.

النتائج:
- ذكر 6% من الأطفال تعرضهم للإزعاج، وسجل 14% أنهم يقومون بإزعاج الآخرين، بينما سجل 2% منهم أنهم يتعرضون للإزعاج ويقومون بإزعاج الآخرين (معتد-ضحية)، وسجل جميع المشاركين الآخرين بأنهم محايدون.

- كانت نسبة انخفاض مستوى الأداء المدرسي أكبر بين الضحايا، مقارنة بالمحايدين، وكذلك كان الشعور بعدم الأمان والتعاسة و"عدم الانتماء" في المدرسة.

- كان المعتدون أكثر عرضة للشعور بعدم الأمان والتعاسة، مقارنة بالمحايدين، كما كانت نسبة انخفاض الأداء المدرسي والشعور بعدم الأمان وعدم الانتماء في المدرسة أكبر بين الأطفال المصنفين كمعتد وضحية معاً.

الخلاصة: إن تورط الأطفال في الإزعاجات كضحايا أو معتدين يرتبط بمشاكل دراسية ونفسية، لذا يجب على الآباء والمعلمين سؤال الطفل عن تعرضه للإزعاج عند ظهور هذه المشاكل لديه. وبسبب انتشارها الواسع في المدارس، فإنه يجب تطبيق برامج خاصة للتخلص منها.

CONCLUSION: Involvement in bullying as a victim or a bully is associated with academic and psychological problems. Parents and educators should



مريضاً بقوا في الوحدة لأقل من 3 أيام، كانت نسبة الوفيات أعلى مع تلقي معالجة مكثفة بالأنسولين.

- وعلى العكس، فمن بين 767 مريضاً بقوا في الوحدة لمدة 3 أيام أو أكثر، انخفضت نسبة الوفيات داخل المشفى لدى 386 مريضاً تلقوا معالجة مكثفة بالأنسولين من 52.5% إلى 43%، كما انخفضت المراضة.

الخلاصة: أدت المعالجة المكثفة بالأنسولين إلى انخفاض هام في المراضة وليس الوفيات لدى جميع المرضى في وحدة العناية المركزة الطبية. ورغم أن خطورة الوفاة والمرض التاليين انخفضت لدى المرضى المعالجين لمدة 3 أيام أو أكثر، إلا أنه لا يمكن تحديد هؤلاء المرضى قبل المعالجة. ولتأكيد هذه النتائج التمهيدية لابد من إجراء دراسات إضافية.

CONCLUSION: Intensive insulin therapy significantly reduced morbidity but not mortality among all patients in the medical ICU. Although the risk of subsequent death and disease was reduced in patients treated for three or more days, these patients could not be identified before therapy. Further studies are needed to confirm these preliminary data.

استخدام جرعات منخفضة من الستيروئيدات لدى مرضى الصدمة الإنتانية ومتلازمة الضائقة التنفسية الحادة

Low-Dose Steroids for Patients With Septic Shock and ARDS

Brett AS.
Journal Watch 2006 Feb1;26(3):22-3
[Annane D et al. Effect of low doses of corticosteroids in septic... Crit Care Med 2006 Jan;34:22-30]

خلفية الدراسة: في دراسة عشوائية نشرت قبل عدة سنوات، أجريت في فرنسا، وجد أن استخدام الكورتيكوستيروئيدات بجرعات منخفضة أدى إلى خفض نسبة الوفيات لدى مرضى الصدمة الإنتانية المصابين بقصور في احتياطي الكظر.

هدف الدراسة: تم تحليل هذه البيانات لتحري وجود استجابة خاصة للستيروئيدات لدى مجموعة فرعية من المرضى المصابين بمتلازمة الضائقة التنفسية الحادة ARDS.

طريقة الدراسة: طبقت الدراسة على 300 مريض مصابين بصدمة إنتانية، وزعوا عشوائياً لتناول أشواط - مدة كل منها 7 أيام - من الهيدروكورتيزون (50 ملغ وريدياً كل 6 ساعات) إضافة إلى الفلادروكورتيزون (قرص واحد يومياً بجرعة 50 مكغ)، أو الدواء الموهم. من بين 177 مريضاً مصابين بـ

potential benefit of yoga in a larger, more diverse group.

طوب طوارئ

Emergency Medicine

المعالجة المكثفة بالأنسولين

في وحدة العناية المركزة الطبية

Intensive Insulin Therapy in the Medical ICU

Greet Van den Berghe, et al.
N Engl J Med 2006;354:449-61

خلفية الدراسة: تخفض المعالجة المكثفة بالأنسولين من المراضة والوفيات لدى مرضى وحدات العناية المركزة الجراحية ICUs، إلا أن دورها لدى مرضى وحدات العناية المركزة الطبية لا يزال مجهولاً.

طريقة الدراسة: في دراسة موجهة عشوائية مستقبلية مطبقة على مرضى بالغين قبلوا في وحدة العناية المركزة الطبية في الجامعة الكاثوليكية في لوفين، بلجيكا، تمت دراسة حالات المرضى الذين اعتبروا بحاجة لعناية مركزة لمدة 3 أيام على الأقل. وعند حضور المرضى تم توزيعهم عشوائياً لإجراء تطبيع صارم لمستويات غلوكوز الدم (80 إلى 110 ملغ/دسل {4.4 إلى 6.1 ملمول/ل}) عن طريق تسريب الأنسولين، أو إلى المعالجة التقليدية (إعطاء الأنسولين عندما ترتفع مستويات غلوكوز الدم عن 215 ملغ/دسل {12 ملمول/ل}) مع تسريب فقط عند انخفاض المستوى عن 180 ملغ/دسل {10 ملمول/ل}. شوهدت قصة إصابة بالداء السكري لدى 16.9% من المرضى.

النتائج:

- في تحليل بهدف المعالجة شمل 1200 مريض، أدت المعالجة المكثفة بالأنسولين إلى خفض مستويات غلوكوز الدم إلا أنها لم تسبب انخفاضاً هاماً في نسبة الوفيات داخل المشفى (40% في مجموعة المعالجة التقليدية مقابل 37.3% في مجموعة المعالجة المكثفة).

- انخفضت نسبة المراضة انخفاضاً هاماً بسبب الوقاية من الأذية الكلوية المكتسبة حديثاً، وسرعة الاستغناء عن التهوية الآلية، وسرعة التخرج من وحدة العناية المركزة والمشفى.

- رغم عدم إمكانية توقع المدة اللازمة للبقاء في وحدة العناية المركزة عند حضور المريض للمشفى، إلا أنه من بين 433



Brett AS.
Journal Watch 2006 Mar 15;26(6):50
[Huang C-J and Lin H-C. Association between adrenal insufficiency...Am J
Respir Crit Care Med 2006 Feb 1;173:276-80]

خلفية الدراسة: إن العديد من المرضى الحرجين لديهم احتياطي كظر غير كاف، هؤلاء المرضى ارتفعت نسبتهم في السنوات الأخيرة.

طريقة الدراسة: طبقت دراسة في تايوان للكشف عن التأثير المحتمل لقصور الكظر على الفصل عن التهوية الآلية لدى 93 مريضاً في وحدة العناية المركزة، حالتهم السريرية مستقرة، خضعوا لتهوية آلية لمدة 72 ساعة وكانوا مستعدين للقطاع عنها. كان الالتهاب الرئوي والإنتان هما التشخيصان الأكثر شيوعاً. النتائج:

- شوهدت استجابة غير كافية لدى 70 مريضاً باختبار التحريض بالكوسينترابين لمدة ساعة واحدة (الزيادة في كوليسترول المصل >9 مكغ/ دسل) وبذلك اعتبروا مصابين بقصور كظر.

- وزع هؤلاء المرضى بطريقة عشوائية لتناول الهيدروكورتيزون (50 ملغ وريدياً كل 6 ساعات أثناء الفصل) أو الدواء الموهم.

- نسبة المرضى الذين تم فصلهم عن التهوية الآلية بنجاح (أي دون الحاجة إلى إعادة تنبيب أو تهوية ذات ضغط إيجابي غير غازية بعد نزع الأنبوب) كانت أعلى بشكل هام في مجموعة المعالجة بالستيروئيد مقارنة بمجموعة الدواء الموهم (91% مقابل 69%).

- كما كانت مدة الفصل عن التهوية أقصر (3.4 مقابل 6.5 أيام وسطياً)، وكذلك فترة الإقامة في وحدة العناية المركزة (12.6 مقابل 17.3 أيام وسطياً).

الخلاصة والتعليق: نسبة كبيرة من هؤلاء المرضى لديهم احتياطي كظر غير كاف، وفقاً لاختبار التحريض بالكوسينترابين، وقد شوهد تأثير هام لإضافة الستيروئيدات. وبما أن المعالجة بالستيروئيدات لدى المرضى الحرجين ليس حميداً بالضرورة، فإن هذه النتائج يجب أن تؤكد بدراسة أكبر وعديدة المراكز قبل التطبيق الموسع لهذا الإجراء.

CONCLUSION & COMMENT: A large proportion of these patients had inadequate adrenal reserve, according to cosyntropin stimulation testing, and the effect of supplemental steroids was impressive. Nevertheless, because steroid therapy in critically ill

ARDS، شوهد لدى 129 مريضاً قصور في احتياطي الكظر (استدل عليه بعدم الاستجابة لاختبار تنبيه الكورتيكوتروبين القصير).

النتائج:

- من بين مرضى الـ ARDS المصابين بقصور احتياطي الكظر، كانت نسبة الوفيات خلال شهر واحد أقل بشكل هام لدى متناولي الستيروئيد مقارنة بمتناولي الدواء الموهم (53% مقابل 75%).

- في حال مرضى الـ ARDS الذين لديهم احتياطي كظر كاف، لم ترتبط المعالجة الستيروئيدية بانخفاض الوفيات.

- وفي حال المرضى المصابين بصدمة إنتانية دون ARDS، لم ترتبط المعالجة الستيروئيدية بانخفاض نسبة الوفيات، بغض النظر عن حالة الكظر.

الخلاصة والتعليق: تشير هذه البيانات إلى أنه في حال المرضى المصابين بصدمة إنتانية، يفيد استخدام جرعات منخفضة من الكورتيكوستيروئيدات، خاصة لدى المرضى المصابين بمتلازمة الضائقة التنفسية الحادة مع قصور احتياطي الكظر. ومع ذلك، بما أن هذه الدراسة هي تحليل من نمط post hoc، فإن الموجودات غير حاسمة. ورغم أن أبحاث العلم الأساسية أظهرت آليات منطقية يمكن بها لجرعات منخفضة من الكورتيكوستيروئيدات أن تحسن النتائج لدى المرضى المصابين بإنتان مع متلازمة الضائقة التنفسية الحادة، إلا أنه من الضروري إجراء مزيد من الأبحاث السريرية للبت في استطبائات المعالجة الستيروئيدية.

CONCLUSION & COMMENT: These data suggest that in patients with septic shock, low-dose corticosteroids are beneficial mainly in those with ARDS and impaired adrenal reserve. However, because this was a post hoc analysis, the findings are not definitive. Although basic science research has elucidated plausible mechanisms by which low-dose corticosteroids might improve outcomes among patients with sepsis and ARDS, additional clinical research is needed to settle the indications for steroid therapy.

المعالجة بالستيروئيدات

لتسهيل الفصل عن التهوية الآلية في وحدة العناية المركزة

Steroid Therapy

to Facilitate Ventilator Weaning in the ICU?



- قد نحتاج إلى إيقاف البوبرينورفين لمعالجة الألم بشكل فعال بالأفيونيات قصيرة المدى، في حالات الألم الحاد الخفيف والقصير المدة. في هذه الحالات تحدد جرعة الأفيونيات لتجنب عوارض انسحاب الدواء (مما قد يتطلب إضافة الميثادون للتسكين).

الخلاصة والتعليق: إن رأي الخبراء مفيد في المشاكل السريرية الصعبة والمعقدة مثل الألم والإدمان.

CONCLUSION & COMMENT: Expert opinion is particularly useful for a challenging, difficult-to-study clinical problem like pain and addiction.

■ (أمراض عدوائية) (إنتانية) Infectious Diseases

البريونات في عضلات الغزال Prions in Deer Muscle

Komaroff AL.
Journal Watch 2006 Feb 24;311:1117
[Angers RC et al. Prions in skeletal muscles...Science 2006 Feb 24;311:1117]

خلفية الدراسة: تصيب الأمراض البريونية لدى المواشي أنسجة الجهاز العصبي عادة، ومن هذه الأمراض داء الهزال الشديد لدى الغزلان.

هدف الدراسة: بما أن الإنسان يأكل عضلات الغزال (لحم الغزال) فقد أجريت دراسة عديدة المراكز تستخدم مقاييس حساسة لكشف البريونات في عضلات الغزال.

طريقة الدراسة: تم حقن خلاصة العضلات المأخوذة من غزلان مريضة وسليمة في دماغ الفئران، وكذلك خلاصات الدماغ المأخوذة من غزلان مريضة.

النتائج:

- سببت جميع خلاصات العضلات المأخوذة من غزلان مريضة إصابة الفئران بالمرض بينما لم تسبب أي من الخلاصات المأخوذة من غزلان سليمة مثل هذه الإصابة.

- كانت الإصابة بالمرض الناجمة عن خلاصات الدماغ أسرع مقارنة بتلك الناجمة عن خلاصات العضلات.

الخلاصة والتعليق: فشلت الدراسات السابقة- التي استخدمت مقاييس أقل حساسية- في كشف بريونات في عضلات الغزلان المصابة بأمراض بريونية. وعلى العكس، فقد دلت هذه الدراسة على احتواء لحم الغزال المصابة على البريونات، مما يشير إلى

patients is not necessarily benign, these results should be duplicated — preferably in a larger multicenter study— before this practice is adopted widely.

تدبير الألم الحاد

لدى المرضى الذين يتناولون مناهضات الأفيون

Managing Acute Pain in Patients Who Take Maintenance Opioid Agonists

Saitz R, MD.
Journal Watch 2006 Mar 1;26(5):44.
[Alford DP et al. Acute pain management...Ann Intern Med 2006 Jan 17;144:127-34.]

مع ازدياد استخدام البوبرينورفين لدعم المعالجة من اعتماد الأفيون، يتزايد عدد الأطباء الذين سيقابلون مرضى يتناولون معالجة مديدة بمناهضات الأفيون (ميثادون methadone أو بوبرينورفين pubrinorphine) والذين يعانون من ألم حاد. في هذه المراجعة، يزود خبراء الألم والإدمان بنصائح لتدبير هذه الحالة الصعبة أحياناً.

يشير الباحثون إلى 4 أخطاء شائعة:

-استمرار إعطاء مناهضات الأفيون يؤدي إلى التسكين (وهي لا تؤدي إلى التسكين بسبب عوامل دوائية حركية).
-استخدام الأفيون للألم الحاد قد يؤدي إلى نكس الإدمان (لا توجد براهين منشورة تثبت ذلك).

-المعالجة بالمسكنات الأفيونية بالإضافة إلى استمرار إعطاء المناهضات قد يسبب خموداً تنفسياً وعصبياً مركزياً (على الرغم من أن هذا التأثير ممكن نظرياً فإن تحمل الدواء يجعله قليل الاحتمال).

-إن ذكر حدوث الألم قد يعكس السلوك الباحث عن المخدرات (إذا ما ترافق ذلك بموجودات موضوعية فإن التحكم بالألم الحاد من قبل المريض قليل الاحتمال).

ينصح الباحثون بما يلي:

- التأكيد على المريض أن الألم سيعالج بشكل جيد، والتحقق من الجرعة الداعمة لمناهض الأفيون والاستمرار عليها.

- استخدام الأفيونيات قصيرة الأمد عند الضرورة، بالإضافة على الجرعة الداعمة المديدة، وتوقع الحاجة إلى استخدام جرعات أعلى بسبب تحمل المادة.

- وصف جرعات منظمة وليس جرعات حسب الحاجة.

- إن استخدام الأفيونيات بالإضافة إلى البوبرينورفين معقد لأن البوبرينورفين يرتبط بشدة بمستقبلات الأفيون.



أنثى (14%) العدوى، وكان عامل الخطورة الوحيد هو الاحتكاك بشريك إيجابي الإصابة لمدة عام واحد على الأكثر (نسبة الأرجحية 7.8).

- لم يتم التمكن من تطوير نماذج خطورة مجدية سريرياً تمكن من تحديد الإناث مرتفعات الخطورة.

الخلاصة والتعليق: تشير هذه البيانات إلى ارتفاع نسبة اكتساب فيروس الهربس البسيط لدى الأزواج في حال اختلاف النتيجة المصلية، إلا أنها لا تقدم إرشاداً حول ضرورة المسح المصلي. ورغم أن الخطورة المطلقة للعدوى أثناء الحمل منخفضة جداً، إلا أن التأثيرات على المواليد خطيرة جداً. وفي عالم مثالي، يجب فحص جميع الأزواج، وعلى الأزواج الذين تختلف النتيجة المصلية لديهم استشارة الطبيب حول طرق خفض خطورة العدوى.

CONCLUSION & COMMENT: These data indicate that HSV acquisition rates are high in serodiscordant couples, but they do not provide guidance as to whether routine serologic screening is warranted. Although absolute risk for infection during pregnancy is very low, the effects on the infant typically are catastrophic. In a perfect world, all couples would be tested, and serodiscordant couples would be counseled on ways to reduce the transmission risk.

دور الغلوبولين المناعي البشري المضاد للانسمام الوشيقي في علاج الانسمام الوشيقي لدى الرضع

Human Botulism Immune Globulin for the Treatment of Infant Botulism

Arnon SS, et al.
N Engl J Med 2006;354:462-71.

خلفية الدراسة: تم ابتكار دواء وحيد مؤلف من غلوبولين مناعي بشري مضاد للذيفان الوشيقي يطبق وريدياً هو BIG-IV، يقوم بتعديل الذيفان الوشيقي، وقد جرى تقييم أمانه وفعالته في علاج الانسمام الوشيقي لدى الرضع، وهو الشكل المعوي-الدموي للانسمام الوشيقي لدى الإنسان.

طريقة الدراسة: أجريت دراسة عشوائية ثنائية التعمية مقارنة بالدواء الموهوم مدتها 5 سنوات في ولاية كاليفورنيا، تم فيها استخدام BIG-IV لدى 122 رضيعاً مصابين بانسمام وشيقي (أثبت مخبرياً فيما بعد). وقد نجمت 75 حالة عن ذيفان المطثيات الوشيقية نمط A، و 47 حالة عن ذيفان النمط B. طبقت المعالجة خلال 3 أيام من الحضور للمشفى. ثم أجريت دراسة مفتوحة

أن الأشخاص الذين يتناولون لحم الطرائد معرضون لخطورة الإصابة بالداء البريوني التقلصي. ومع ذلك فقد تكون الخطورة صغيرة جداً لعدم استخدام الغزالان التي تعرف إصابتها بالمرض كطعام، وكذلك بسبب ضالة انتقال البريونات التي تدخل مع الطعام. ولا تشير الدراسة إلى ضرورة تطبيق دراسات مماثلة على لحم البقر والخرفان.

CONCLUSION & COMMENT: In previous studies, in which less-sensitive assays were used, researchers failed to find prions in the muscle of deer with prion disease. In contrast, this study indicates that the meat of infected deer contains prions, which suggests that people who eat venison might be at risk for contracting prion disease. The risk is probably extremely small, however, because no deer known to be diseased would be offered for food, and because prions that are ingested in food are inefficiently transmitted. The authors do not comment on whether similar studies should be conducted on the meat of cattle and sheep.

اكتساب فيروس الهربس البسيط HSV أثناء الحمل HSV Acquisition During pregnancy

Robert W. Rebar
Journal Watch 2006 Feb 1;26(3):26
[Gardella C et al. Risk factors for herpes simplex virus...Am J Obstet Gynecol 2005 Dec;193:1891-9]

خلفية الدراسة: يعتبر اكتساب الأم لفيروس الهربس البسيط (فيروس الحلا أو العقبول البسيط) HSV-1 أو HSV-2 أثناء الحمل سبباً لمعظم إصابات المواليد بعدوى HSV، والتي تنتهي غالباً بوفاة المولود.

طريقة الدراسة: لتحديد عوامل خطورة اكتساب HSV أثناء الحمل، تم تقييم حالة 3192 أنثى حامل وشركائهن في ولاية واشنطن. اعتبرت الإناث معرضات لخطر اكتساب HSV-1 أو HSV-2 إذا كانت نتيجة المصل سلبية لديهن عند المراجعة الأولى للحمل وكانت نتيجة المصل إيجابية لدى الشريك عند الولادة.

النتائج:

- من بين 582 أنثى معرضة لخطورة HSV-1، اكتسبت 14 أنثى (2.4%) العدوى أثناء الحمل، وكان عامل الخطورة الهام الوحيد هو وجود قصة إصابة بهربس فموي لدى الشريك (نسبة الأرجحية 7.7).

- من بين 125 أنثى معرضة لخطورة HSV-2، اكتسبت 17



السيطرة على الآفة لدى المتشردين قام باحثون فرنسيون بتجربة علاج الافرمتين.

طريقة الدراسة: تلقى 33 متشرداً 3 جرعات أسبوعية من الافرمتين عن طريق الفم.

النتائج: قبل المعالجة، كان 28 متشرداً مصابين بالقمل، حيث أمكن عد 1890 قملة على الملابس الداخلية للشخص الواحد (بما فيها الجوارب). وفي اليوم السابع وجد القمل لدى 18 شخصاً فقط، حيث كان وسطي عدد القمل 261 (منها 193 قملة ميتة). في اليوم 14، كان 5 أشخاص فقط مصابين، وكان عدد القمل 15 منها 9 قملات ميتة. في اليوم 45 (بعد مرور شهر على إيقاف العلاج) وجدت العدوى لدى 17 شخصاً وبلغ عدد القمل 497 قملة جميعها حية، حيث افترض أن تكرر العدوى حدث من المحيط.

الخلاصة والتعليق: يبدو أن الافرمتين فعال في التخلص من قمل البدن، وعلى الأخص هو الخيار للاستخدام في مؤسسات مثل المشافي حيث يستبعد تكرار العدوى.

CONCLUSION & COMMENT: Ivermectin appears efficacious for eradication of body lice. It is a particularly appealing option for settings like hospitals, in which reinfestation is unlikely to occur.

العامل الممرض المسبب لالتهاب الإحليل

بغير المكورات البنية غالباً مجهول

Pathogen Causing Nongonococcal Urethritis Is Often Unknown

Zuger A.

Journal Watch 2006;26(5):40.

[Bradshaw CS et al. Etiologies of nongonococcal urethritis: ...J Infect Dis 2006 Feb 1; 193:336-45]

هدف الدراسة: على الرغم من أن التهاب الإحليل بغير المكورات البنية هو أكثر الأمراض المنقولة بالجنس شيوعاً بين النساء والرجال على السواء، فإننا لا نعرف إلا القليل عن التشخيص الميكروبيولوجي حول هذا المرض.

طريقة الدراسة: قام باحثون أستراليون بتقييم دقيق لـ 329 رجلاً مصابين بأعراض إحليلية، شوهوا في عيادة واحدة خلال 12 شهراً. وقد استبعدت الإصابة بالمكورات البنية في كافة الحالات. باستخدام عينات من مسحات إحليلية ومن الدفعة الأولى للبول.

العنوان حول الولاية لمدة 6 أعوام، طبقت على 382 حالة مثبتة مخبرياً لانسمام وشيقي لدى الرضع عولجت خلال 18 يوماً بعد الحضور للمشفى.

النتائج: مقارنة بمجموعة الشاهد في الدراسة العشوائية، شوهد لدى الرضع المعالجين بـ BIG-IV انخفاض في وسطي مدة الإقامة في المشفى - وهو مقياس نتيجة الفعالية الأولية - من 5.7 أسابيع إلى 2.6 أسبوعاً.

أدت المعالجة بـ BIG-IV أيضاً إلى خفض وسطي مدة المعالجة المركزة بمقدار 3.2 أسابيع، ووسطي فترة التهوية الآلية بمقدار 2.6 أسبوعاً، ووسطي مدة التغذية بالأنبوب أو بطريق الوريد بمقدار 6.4 أسابيع، ووسطي كلفة المشفى لكل مريض بمقدار 88600 دولار أمريكي (في عام 2004).

لم تشاهد تأثيرات جانبية هامة ناتجة عن BIG-IV. في الدراسة مفتوحة العنوان، بلغ وسطي مدة الإقامة في المشفى 2.2 أسبوعاً لدى الأطفال المعالجين بـ BIG-IV خلال 7 أيام من الوصول للمشفى، وقد أدت المعالجة المبكرة بـ BIG-IV إلى تقصير مدة الإقامة في المشفى بشكل هام مقارنة بالمعالجة المتأخرة.

الخلاصة: كانت المعالجة الفورية للانسمام والشيقي لدى الرضع من النمط A أو B بواسطة الغلوبولين المناعي البشري المضاد للذيفان والشيقي والمطبق وريدياً BIG-IV آمنة وفعالة في تقليل مدة وكلفة الإقامة في المشفى وفي خفض شدة المرض.

CONCLUSION: Prompt treatment of infant botulism type A or B with BIG-IV was safe and effective in shortening the length and cost of the hospital stay and the severity of illness.

الافرمتين فعال تجاه قمل البدن

Ivermectin Effective Against Body Lice

Zuger A.

Jornal Watch 2006 Mar 1;26(5):39.

[Foucault C et al. J Infect Dis 2006 Feb 1;193:474-6.]

خلفية وهدف الدراسة: على العكس من قمل الرأس والعانة، فإن قمل البدن يعيش في الملابس والرفوف، وعادة يمكن القضاء عليه بتنظيف محيط المريض (غلي الثياب وأغطية الأسرة أو برش مواد قاتلة للحشرات) عندما تقشل هذه الإجراءات في



Treanor JJ.
N Engl J Med 2006;354:1343-51.

خلفية الدراسة: إن فيروسات الإنفلونزا A (H5N1) قد تسبب وباءً عالمياً شديداً مع نسبة عدوانية عالية وعدداً كبيراً من الوفيات أو الحالات المقبولة في المشافي. لذا فإنه من الضروري إيجاد لقاحات فعالة تجاه هذه الفيروسات المهاجمة للبشر.

طريقة الدراسة: أجريت دراسة متعددة المراكز، ثنائية التعمية وثلاثية المرحلة، شملت 451 بالغاً أصحاء تراوحت أعمارهم بين 18-64 عاماً. أجري توزيع عشوائي لهؤلاء الأشخاص بنسبة 1:2:2:2 لتلقي جرعتين عضلتين من نمط فرعي من فيروس الإنفلونزا A (H5N1) بمقدار 90,45,15,7.5 مكغ من مستضد الراصة الدموية أو الدواء الموهم. أجريت متابعة لهؤلاء الأشخاص لتحليل الأمان خلال 56 يوماً. أخذت عينات مصلية قبل كل لقاح وبعد 28 يوماً من اللقاح الثاني، لاختبار وجود أضداد تجاه H5 بواسطة التحديد المجهرى وتنشيط الارتصاص الدموي.

النتائج:

- كان أكثر الأعراض الجانبية حدوثاً هو ألم خفيف مكان الحقن في كافة جرعات اللقاح.

- كانت نسبة حدوث الاستجابة المصلية بالأضداد أعلى بين الملحقين لجرعات 45 مكغ و 90 مكغ.

- بين المتلقين للجرعتين 90 مكغ وصل عيار الأضداد المحيطة إلى 40:1 أو أعلى في 58% من الأشخاص. وقد شوهد هذا العيار في 43% و 22% و 9% من الأشخاص المتلقين للجرعتين بمقدار 45 و 15 و 7.5 مكغ على الترتيب. لم تشاهد استجابة للمتلقين للدواء الموهم.

الخلاصة: إن نظام اللقاح بجرعتي 90 مكغ من نمط فرعي للإنفلونزا A (H5N1) لا يسبب أعراضاً جانبية شديدة، ويحرض لدى غالبية المتلقين استجابة بأضداد محيطة، مترافقة بالوقاية من الإنفلونزا. إن اللقاح من النمط الفرعي H5 لفيروس الإنفلونزا قد يكون فعالاً لدى البشر في الوقاية من الإصابة بمرض الإنفلونزا (H5N1)A.

CONCLUSION & COMMENT: A two-dose regimen of 90 µg of subvirion influenza A (H5N1) vaccine does not cause severe side effects and, in the majority of recipients, generates neutralizing antibody responses typically associated with protection against influenza. A conventional subvirion H5 influenza

النتائج: وجدت إصابة بالكلاميديا Clamydia trachomatis في 20% من الحالات، والميكوبلازما Mycoplasma genitalium في 9% من الحالات، والفيروس الغداني adenovirus في 4% من الحالات، وفيروس الحلا (العقرب أو الهربس) البسيط HSV من النمط 1 أو 2 في 3% من الحالات. وقد وجدت عضيات أخرى لكنها كانت شائعة بنسبة متساوية أو بنسبة أعلى في مجموعة الشاهد، لذا لم تعتبر ممرضة. كان التهاب الصماخ وعسر التبول أكثر مشاهدة لدى المرضى المصابين بـ HSV1 أو بالفيروس الغداني، أكثر منه لدى المصابين بعضيات أخرى. وقد كان هذان الفيروسان أكثر شيوعاً لدى اللواطيين، على الرغم من كون الكلاميديا والميكوبلازما أكثر شيوعاً لدى كل من اللواطيين ومغايري الجنس.

الخلاصة والتعليق: في هذه الدراسة المجراة بدقة بقي 65% من المرضى المصابين بأعراض التهاب إحليل بغير المكورات البنية دون تشخيص ميكروبيولوجي، على الرغم من التقييم الكامل المجرى على غير المعتاد، وهذا يؤكد المعرفة القليلة عن هذه الإصابة الشائعة السريرية. وعلى الرغم من أن هذه الدراسة لا تغير التدبير الحالي لهذه الإصابة (وهي المعالجة بالتراسيكلين) فإنه على الأطباء التذكر أن فيروس الحلا مسؤول أحياناً عن الحالات المؤلمة خاصة.

CONCLUSION & COMMENT: In this carefully conducted study, a full 65% of patients with symptomatic nongonococcal urethritis were left without microbiologic diagnoses despite unusually complete evaluations, confirming how little is known about this common clinical entity. Meanwhile, although this study does not alter the current approach to NGU (treatment with a tetracycline antibiotic), clinicians should remember that herpes is sometimes responsible for particularly painful cases.

■ لقاحات

Vaccines

أمان وتمنيع لقاح من نمط فرعي معطل

من فيروس الإنفلونزا A (H5N1)

Safety and Immunogenicity
of an Inactivated Subvirion Influenza A (H5N1)
Vaccine



الخلاصة والتعليق: يعتبر المرضى ممنوعين ضد HBV إذا توفرت لديهم أضداد anti-HBs دورانية كافية أو قدرة على استجابة إذكارية سريعة بواسطة الأضداد تجاه اختبار المستضدات؛ وبذلك اعتبر 99% من المشاركين بهذه الدراسة ممنوعين ضد HBV لمدة 10 أعوام بعد التلقيح. وتشير هذه الموجودات إلى أن جرعات اللقاح الداعمة الروتينية خلال هذه الفترة غير ضرورية في المناطق ذات مستوى الانتشار المنخفض.

CONCLUSION & COMMENT: Patients are considered immune to HBV if they have either adequate circulating anti-HBs antibody or the ability to mount a rapid anamnestic antibody response to an antigenic challenge. Thus, more than 99% of subjects in this study were still considered to be immune to HBV 10 years after immunization. These findings suggest that routine booster doses of vaccine at this interval are unnecessary in low-prevalence settings.

■ البدانة والاستقلاب والداء السكري

Obesity, Metabolic Diseases, and Diabetes Mellitus

إضافة أنسولين الغلارجين

لدى مرضى الداء السكري من النمط 2

Adding Insulin Glargine in Type 2 Diabetes

Brett AS.

Journal Watch 2006 Feb 1;26(3):23

[Kennedy L et al. Impact of active versus usual algorithmic...Diabetes Care 2006 Jan;29:1-8]

خلفية الدراسة: تؤدي إضافة الأنسولين الأساسي إلى العوامل الفموية إلى تحسين ضبط سكر الدم في الداء السكري نمط 2. هدف الدراسة: في دراسة ممولة من قبل المصنع، تمت مقارنة عدة طرق لبدء المعالجة بالأنسولين الأساسي. طريقة الدراسة: تم اختيار حوالي 8000 مريض بداء سكري غير مضبوط بشكل كاف في 2000 مركز للمعالجة في الولايات المتحدة (رعاية أولية غالباً). استمر المرضى في تناول العوامل الفموية (عدا مشتقات الثيازوليددين داي أون)، وابتدعوا بتناول جرعات مفردة مسائية من أنسولين الغلارجين (لانتنس)، ثم وزعوا عشوائياً إلى إحدى أربع مجموعات:

vaccine may be effective in preventing influenza A (H5N1) disease in humans.

استمرار التمنيع ضد التهاب الكبد B لعقد من الزمن

على الأقل في المناطق قليلة الانتشار

Hepatitis B Immunization Lasts at Least a Decade in Low-Prevalence Areas

Soloway B.

Journal Watch 2006 Jan 1;26(1):10-1

[Zanetti AR et al. Long-term immunogenicity of hepatitis B...Lancet 2005 Oct 15;366:1379-84]

خلفية الدراسة: أدى التمنيع العالمي للرضع والبالغين إلى خفض نسبة المراضة والوفيات الناجمة عن فيروس التهاب الكبد B (HBV) في العديد من البلدان. ويحتفظ الرضع الملقحين في المناطق المتوطنة بالمناعة لمدة 10 أعوام على الأقل، حيث يستمر دعمها بصورة طبيعية، ولكن تندر البيانات حول مدة استمرار المناعة في المناطق قليلة الانتشار.

طريقة الدراسة: في إيطاليا، حيث تنخفض نسبة انتشار HBV، وحيث بدأ التمنيع الروتيني لدى الرضع والبالغين في عام 1991، أجريت دراسة على 1212 طفلاً (لديهم المستضد السطحي لالتهاب الكبد B (HBs)، بينما النتيجة سلبية لدى الأمهات) من الذين تم تمنيعهم في سن الرضاع قبل أكثر من 10 سنوات من بدء الدراسة، و446 فرداً تم اختيارهم من العسكريين من الذين تم تمنيعهم كيفافعين ما بين عامي 1991-1994. تم تحري الأضداد ضد-HBs لدى جميع الأفراد عند إدراجهم ضمن الدراسة. أعطي الأفراد الخالين من الأضداد الوقائية (>10 وحدات دولية/ل) جرعات داعمة من لقاح HBV المأشوب، ثم جرى فحصهم بعد أسبوعين، وإعادة شوط اللقاح كاملاً عند بقاء مستوى أضداد anti-HBs دون 10 وحدات دولية/ل. النتائج:

- عند الإدراج في الدراسة، كانت مستويات الأضداد anti-HBs وقائية لدى 64% من الأطفال، و89% من الأفراد المنتخبين.
- 97% من الأطفال و96% من المنتخبين الذين تلقوا جرعة داعمة من اللقاح، شوهدت لديهم مستويات أضداد anti-HBs أعلى من 10 وحدات دولية/ل بعد مضي أسبوعين.
- جميع الأطفال الثمانية، واثنين من المنتخبين الذين تقبلوا تناول شوط كامل من إعادة التلقيح شوهدت لديهم مستويات أضداد وقائية بعد شهر واحد من الجرعة النهائية.



point-of-care HbA_{1c} measurements made little difference in this study.

■ أمراض المناعة والتحصين

Immunologic & Allergic Diseases

الدليل على دور عامل تنخر الورم ألفا في الربو المعند Evidence of a Role of Tumor Necrosis Factor α in Refractory Asthma

Berry MA, et al.
N Engl J Med 2006;354:697-708

خلفية الدراسة: مكن تطوير منافسات عامل تنخر الورم ألفا (TNF- α) من بحث دور هذا السيتوكين في الربو المعند. طريقة الدراسة: تم قياس واسمات فعالية TNF- α على وحيدات النوى في الدم المحيطي لدى 10 مرضى مصابين بربو معند، و 10 مرضى مصابين بربو خفيف إلى متوسط، و 10 أفراد شاهد. كما تم بحث فعالية المعالجة بالإيتانرسبيت المنافس لمستقبل TNF- α (25 ملغ مرتين أسبوعياً) لدى المرضى المصابين بربو معند في دراسة رائدة متصالية، ثنائية التعمية، مقارنة بالدواء الموهوم. النتائج:

- مقارنة بالمرضى المصابين بربو خفيف إلى متوسط وبالشاهد، شوهدت لدى مرضى الربو المعند زيادة تعبير TNF- α المرتبط بالغشاء وتعبير المستقبل 1 لـ TNF- α وتعبير الأنزيم المحوّل لـ TNF- α في وحيدات النوى في الدم المحيطي.
- في دراسة سريرية، ومقارنة بالدواء الموهوم، ارتبطت المعالجة بالإيتانرسبيت لمدة 10 أسابيع بزيادة هامة في تركيز الميثاكولين اللازم لتحريض انخفاض بنسبة 20% في الحجم الزفيري القسري خلال ثانية واحدة (FEV₁) (وسطي الفرق في تبدل التركيز بين الإيتانرسبيت والدواء الموهوم: 3.5)، وبتحسن في نتيجة نوعية الحياة المرتبطة بالربو (بمقدار 0.85 نقطة، من 0.16 إلى 1.54 على مقياس مؤلف من 7 نقاط)، وزيادة بمقدار 0.32 ليتر في FEV₁ بعد تناول الموسع القصبي.

الخلاصة: يوجد دليل على ارتفاع تنظيم مسار عامل تنخر الورم ألفا لدى مرضى الربو المعند.

CONCLUSION: Patients with refractory asthma have evidence of up-regulation of the TNF- α axis.

- معايرة الأنسولين المعتادة إضافة إلى الاختبار القياسي للخصاب المرتبط بالغليكوزيل HbA_{1c}.
- معايرة الأنسولين المعتادة إضافة إلى اختبار HbA_{1c} في المركز الطبي بهدف المعالجة.
- معايرة الأنسولين الفعالة إضافة إلى اختبار HbA_{1c} القياسي.
- معايرة الأنسولين الفعالة إضافة إلى اختبار HbA_{1c} في المركز الطبي بهدف المعالجة.
تم إرشاد جميع المرضى لمعايرة جرعات الأنسولين بطريقة لوغاريتمية، والقيام بزيارات مكتبية كل 6 أسابيع، إضافة إلى اتصالات أسبوعية بالطبيب السريري لمرضى مجموعات المعايرة الفعالة (بواسطة الهاتف أو البريد الإلكتروني، أو الفاكس). توفرت للأطباء السريريين نتائج اختبار HbA_{1c} القياسي بعد عدة أيام من الزيارات المكتبية، بينما توفرت نتائج الاختبار الهادف للمعالجة بشكل فوري أثناء المراجعة. النتائج:

- عند البدء، بلغ وسطي مستوى HbA_{1c} 8.9%.
- بعد 24 أسبوعاً، انخفض وسطي مستويات HbA_{1c} بنسبة 1.5% في مجموعات المعايرة الفعالة، وبنسبة 1.3% في مجموعات المعايرة المعتادة، وهو فرق هام.
- كانت نسبة المرضى الذين تقل مستويات HbA_{1c} النهائية لديهم عن 7% أعلى بشكل هام في مجموعات المعايرة الفعالة مقارنة بالمرضى في مجموعات المعايرة المعتادة (38% مقابل 30%).
- تماثل وسطي مستويات HbA_{1c} في الاختبار الهادف للمعالجة ومجموعات الاختبار القياسي.
- أتم الدراسة 72% من المرضى فقط.
الخلاصة والتعليق: إن النتيجة الأساسية في هذه الدراسة هو أن حقنة واحدة يومياً من أنسولين الغلارجين، تضاف إلى المعالجة الفموية الخافضة للسكر تؤدي إلى تحسن هام في ضبط السكر. وقد أدى الاتصال أسبوعياً بالمرضى إلى نتائج أفضل، إلا أن قياس مستويات الخصاب المرتبط بالغليكوزيل HbA_{1c} الهادف للمعالجة أدى إلى اختلاف بسيط في هذه الدراسة.

CONCLUSION & COMMENT: The main finding of this trial is that a single daily injection of insulin glargine, added to oral antidiabetic therapy, improves glycemic control substantially. Weekly contact with patients resulted in somewhat better outcomes, but



مقارنة 4 أنظمة علاجية لالتهاب المفاصل الرثياني Comparison of Four Treatment Regimens for RA

Brett A.

Journal Watch 2006 Jan 15;26(2):16.

[Goekoop-Ruiterman YPM et al. Clinical and Radiographic...Rheum 2005 Nov;52:3381-90.]

[Weisman MH. Progress Toward the Cure...Arthritis Rheum 2005 Nov;52:3326-32.]

توجد حالياً عدة خيارات للمعالجة الباكورة للمصابين بالتهاب المفاصل الرثياني. في هذه الدراسة الهولندية، تم توزيع 508 مرضى مصابين بالتهاب المفاصل الرثياني الباكر بشكل عشوائي على 4 مجموعات:

المجموعة 1: معالجة أحادية تبدأ بالميتوثرعسات، مع استبداله بالسولفاسالازين في حال كانت الاستجابة غير كافية.

المجموعة 2: معالجة متزايدة؛ تبدأ بالميتوثرعسات، مع إضافة السولفاسالازين في حال كانت الاستجابة غير كافية.

المجموعة 3: معالجة مركبة مع البريدنيزون؛ تبدأ بالميتوثرعسات والسولفاسالازين مع 60 ملغ بريدنيزون يومياً، وتخفيض جرعة البريدنيزون خلال 7 أسابيع إلى 7.5 ملغ يومياً.

المجموعة 4: معالجة مركبة مع الانفليكزيماب؛ تبدأ بالمعالجة بإعطاء الميتوثرعسات مع الانفليكزيماب.

أجريت مخططات لوغاريمية مفصلة للمعالجات الإضافية للمرضى ذوي الاستجابة غير الكافية، ولانقاص الأدوية والجرعات لدى المستجيبين بشكل جيد. قامت الممرضات المشاركات في الدراسة، واللواتي كن معلمات عن مجموعات العلاج، بإجراء تقييمات قياسية لنقطة النهاية في المجموعات الأربعة كل 3 أشهر.

بعد مرور عام، كان تقييم معظم النتائج حول فعالية المرض والقدرة الوظيفية والتحسين الشعاعي أفضل بشكل هام في المجموعات 3 و 4 منها في المجموعات 1 و 2.

تم بلوغ الهدف الأساسي للعلاج - وهو الانخفاض الهام في نقاط فعالية المرض - من قبل 53% و 64% و 71% و 74% من المرضى في المجموعات الأربعة على التوالي. كانت الاختلافات في معظم النتائج ضئيلة بين المجموعتين 1 و 2، وكذلك بين المجموعتين 3 و 4. كانت ذروة التحسن النسبي بالمعالجة المركبة بعد مرور 6 أشهر بينما تضاعلت بعد مرور 12 شهراً. وقد كانت التأثيرات الجانبية متشابهة في كافة المجموعات.

الخلاصة والتعليق: في هذه المعالجة القصيرة المدة نسبياً فاق نظامين من المعالجة المركبة نظامين آخرين من المعالجة

الأحادية. ويأمل الباحثون إجراء متابعة طويلة المدى مع تحاليل للمقاييس (المتثابتات) السريرية والمخبرية التي قد تحدد مجموعات فرعية من المرضى الذين سيستفيدون من البدء بالمعالجة المركبة.

CONCLUSION & COMMENT: In this relatively short-term study, two combination drug regimens outperformed two regimens that began with monotherapy. The authors hope eventually to report longer-term follow-up data, as well as analyses of clinical and laboratory parameters that would identify subgroups of patients who were most likely to benefit from initial combination therapy.

الإيتانيرسبت لعلاج الصدف:

التأثير على الآفات الجلدية والإحباط والتعب

Etanercept for Psoriasis:

Effects on Skin Lesions, Depression, Fatigue

Soloway B.

Journal Watch 2006;26(5):38.

[Tyring S et al. Etanercept and clinical...Lancet 2006 Jan 7;367:29-35.]

غالباً ما يرافق الصدف إحباط وتعب، ولكن من غير الواضح كونها نتيجة للصدف بحد ذاته أو من الاضطرابات الفيزيولوجية المرضية المسببة أو لارتفاع مستويات عامل النخر الورمي ألفا TNF- α . إن الإيتانيرسبت المثبط لفعالية TNF هو علاج فعال للصدف.

في دراسة عشوائية مدعومة من قبل الشركة الصانعة ضمت 618 مريضاً مصابين بصدف متوسط إلى شديد. تلقى المرضى الإيتانيرسبت حقناً مرتين أسبوعية أو الدواء الموهوم.

النتائج: كان حوالي 30% من المرضى مصابين بإحباط خفيف على الأقل عند بدء الدراسة. بعد مرور 12 أسبوعاً، حدث انخفاض بنسبة 75% في انتشار الصدف وشدة لدى 47% من المرضى الذين تلقوا الإيتانيرسبت و 5% من المرضى المتلقين للدواء الموهوم.

تحسنت نوعية الحياة بنسبة 69% في مجموعة الإيتانيرسبت و 22% في مجموعة الدواء الموهوم. حدث انخفاض هام احصائياً ولكن متواضع سريرياً في الاحباط والتعب في مجموعة الإيتانيرسبت مقارنة مع مجموعة الدواء الموهوم. ارتبط التحسن بقوة في كل من الاحباط والتعب معاً، كما ارتبط بتحسين نوعية الحياة، ولكن لم يرتبط بالتبدل في انتشار وشدة الصدف.

الخلاصة والتعليق: إن عدم وجود ارتباط بين انخفاض الاحباط



الأنترفيرون بيتا-1a بمفرده.
ارتبطت المعالجة المشاركة بانخفاض النسبة السنوية للنكس طوال فترة عامين مقارنة بالأنترفيرون بيتا-1a فقط (0.34 مقابل 0.75) وبانخفاض عدد الآفات الحديثة أو المتضخمة المشاهدة بالرنين المغناطيسي الموزون T_2 .
كانت التأثيرات الجانبية المرتبطة بالمعالجة المشاركة هي القلق، والتهاب البلعوم، واحتقان الجيوب، ووذمة محيطية.
شوهدت حالتان من اعتلال المادة الدماغية البيضاء المترقي عديد البؤر، إحداها قاتلة، شخضت في المجموعة المعالجة بالناتاليزوماب.

الخلاصة: كانت إضافة الناتاليزوماب إلى الأنترفيرون بيتا-1a أكثر فعالية بشكل هام من استخدام الأنترفيرون بيتا-1a بمفرده لدى مرضى التصلب العديدي الناكس. ولا بد من موازنة فوائد ومخاطر هذه المعالجة المشتركة في دراسات إضافية.

CONCLUSION: Natalizumab added to interferon beta-1a was significantly more effective than interferon beta-1a alone in patients with relapsing multiple sclerosis. Additional research is needed to elucidate the benefits and risks of this combination treatment.

■ طب أطفال

Pediatrics

المثبطات الاصطناعية لإعادة قبط السيروتونين وخطورة ارتفاع الضغط الشرياني الرئوي المستمر لدى حديثي الولادة

Selective Serotonin-Reuptake Inhibitors and Risk of Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn

Chambers CD, et al.
N Engl J Med 2006;354:579-87.

خلفية الدراسة: يرتبط ارتفاع الضغط الشرياني الرئوي المستمر لدى حديثي الولادة PPHN بوفيات ومراضة هامة لدى الرضع. وقد أشارت دراسة جماعية سابقة إلى إمكانية وجود ارتباط بين تناول الأم لمثبط إعادة قبط السيروتونين الاصطناعي SSRI هو الفلوكزيتين، في وقت متأخر أثناء الثلث الأخير من الحمل، وخطورة إصابة المولود بـ PPHN.

والتعب وتحسن الآفات الجلدية يشير إلى أن الاحباط والتعب يعودان إلى عوامل أخرى غير الحالة الجلدية، وليس بالضرورة إلى فعالية TNF- α . إن إجراء دراسات تضم مرضى مصابين بإحباط أكثر شدة، مع أو دون مرض التهابي، قد تساعد في توضيح دور TNF- α في الاحباط.

CONCLUSION & COMMENT: The lack of correlation between reduction in depression and fatigue and improvement in skin lesions suggests that depression and fatigue are related to factors other than dermatologic status, although not necessarily to TNF- α activity. Studies in more severely depressed patients, with and without inflammatory disease, would help clarify the role of TNF- α in depression.

استخدام الناتاليزوماب مع الأنترفيرون بيتا-1a لعلاج التصلب العديدي الناكس

Natalizumab Plus Interferon Beta-1a for Relapsing Multiple Sclerosis

Rudick RA, et al.
N Engl J Med 2006;354:911-23.

خلفية الدراسة: يستخدم الأنترفيرون بيتا لتعديل سير التصلب العديدي الناكس، ورغم المعالجة به إلا أن العديد من المرضى يصابون بالنكس. وفي دراسات تمهيدية، يبدو الناتاليزوماب - وهو مناهض للإنترغرين α_4 - آمناً وفعالاً بمفرده وعند مشاركته مع الأنترفيرون بيتا-1a.

طريقة الدراسة: أجري توزيع عشوائي لـ 1171 مريضاً شوهد لديهم حالة نكس واحدة على الأقل خلال 12 شهراً قبل التوزيع، على الرغم من المعالجة بالأنترفيرون بيتا-1a، لتناول تنمة المعالجة بالأنترفيرون بيتا-1a بمشاركة 300 ملغ من ناتاليزوماب (589 مريضاً) أو الدواء الوهم (582 مريضاً) ويريداً كل 4 أسابيع لمدة تصل إلى 116 أسبوعاً. كانت نقطة النهاية الأولية هي نسبة النكس السريري خلال عام واحد، والاحتمال التراكمي لترقي العجز المستمر لمدة 12 أسبوعاً، مقاساً بمقياس حالة العجز المنتشر، خلال عامين.

النتائج:

- أدت المعالجة المشاركة إلى انخفاض بنسبة 24% في الخطورة النسبية لترقي العجز المستمر (نسبة الخطورة 0.76).
- بلغت نسبة الاحتمال التراكمي للترقي بمقياس كابلان- ماير خلال عامين 23% بتطبيق المعالجة المشاركة، و 29% باستخدام



طريقة الدراسة: تمت دراسة سجلات الأطفال (>19 عاماً) المصابين بعدوى في القناة التنفسية العلوية فقط أو بالتهاب قصبات حاد.

النتائج:

- قامت الحالات المنتخبة (269 حالة) بأكثر من 12 مليون مراجعة سنوية لهذه الإصابات.

- شوه معظم الأطفال من قبل طبيب الرعاية الأولية الخاص بهم، وكان الزكام هو التشخيص المبدئي في أكثر من 80% من المراجعات.

- بلغ الزمن الذي قضاه الأطباء مع المرضى 14.24 دقيقة وسطياً عند وصف الصادات الحيوية، و14.18 دقيقة عند عدم وصفها، وهو فرق غير هام.

الخلاصة والتعليق: إن وصف الصادات الحيوية للعدوى الفيروسية المفترضة لا يرتبط بزمن مراجعة أقصر. ومن الملاحظ أن الأطباء يقضون فترة تصل إلى 14 دقيقة مع المرضى المصابين بعدوى في القناة التنفسية العلوية غير مترافقة باختلاطات.

CONCLUSION & COMMENT: Harried practitioners should note that prescribing antibiotics for presumed viral infections is not associated with shorter office visits. Another notable, and perhaps even surprising, finding was that physicians spent as long as 14 minutes with patients who had uncomplicated upper respiratory infections.

■ أمراض قلبية وعائية

Cardiovascular Diseases

كي محيط الوريد الرئوي

لعلاج الرجفان الأذيني المزمن

**Circumferential Pulmonary-Vein Ablation
for Chronic Atrial Fibrillation**

Oral H, et al.
N Engl J Med 2006;354:934-41.

خلفية الدراسة: أجريت دراسة عشوائية موجهة حول دور كي محيط الوريد الرئوي في علاج الرجفان الأذيني المزمن.

طريقة الدراسة: طبقت الدراسة على 146 مريضاً بلغ وسطي أعمارهم 57±/9 أعوام، مصابين برجفان أذيني مزمن، وزعوا عشوائياً لتناول الأميودارون، وللخضوع لإجراءي تقويم نظم

هدف الدراسة: أجريت دراسة حالات لتحديد إمكانية ارتباط PPHN بالتعرض لـ SSRIs في وقت متأخر من الحمل.

طريقة الدراسة: بين عامي 1998 و2003، أدرجت 377 أنثى لديهن مواليد مصابين بـ PPHN و836 أنثى شاهد مع مواليدهن. أجريت مقابلات مع الأمهات من قبل ممرضات بعد تعميتهن عن فرض الدراسة واستخدام الدواء أثناء الحمل، والعوامل المؤثرة الهامة وتشمل المتغيرات السكانية والقصة الصحية.

النتائج:

- تعرض 14 رضيعاً مصابين بـ PPHN لـ SSRI بعد إتمام الأسبوع الـ20 من الحمل، مقارنة بـ6 رضع شاهد (نسبة الأرجحية المضبوطة 6.1).

- وعلى العكس، لم يشاهد ارتباط بين ارتفاع خطورة PPHN وبين استخدام SSRIs قبل الأسبوع الـ20 من الحمل، أو استخدام مضادات اكتئاب غير SSRI في أي وقت من الحمل. الخلاصة: تدعم هذه البيانات الارتباط بين استخدام الأم لمثبطات إعادة قبط السيروتونين الاصطناعية في وقت متأخر من الحمل والإصابة بارتفاع ضغط شرياني رئوي مستمر لدى المواليد. ويجب إجراء مزيد من الدراسة حول هذا الارتباط، وأخذ هذه الموجودات بالاعتبار عند اتخاذ القرار بمواصلة تناول هذه المثبطات أثناء الحمل.

CONCLUSION: These data support an association between the maternal use of SSRIs in late pregnancy and PPHN in the offspring; further study of this association is warranted. These findings should be taken into account in decisions as to whether to continue the use of SSRIs during pregnancy.

سبب آخر لوصف الصادات الحيوية بشكل ملائم

**Another Reason to Prescribe Antibiotics
Appropriately**

Dershewitz RA.
Journal Watch 2006 Jan 15;26(2):19
[Coco A and Mainous AG. Relation of time spent in an encounter...Arch Pediatr Adolesc Med 2005 Dec;159:1145-9]

خلفية الدراسة: هناك سبب واحد شائع لإسراف الأطباء السريريين في وصف الصادات الحيوية هو الحفاظ على وقت المراجعة في العيادة. ولكن هل من الصحيح أن كتابة الوصفة أسرع من شرح سبب عدم الحاجة إلى الصاد الحيوي؟ هدف الدراسة: اختبار بيانات التقرير الوطني للرعاية الطبية الطارئة NAMCS لعام 2000.



القيمة الإنذارية لـ BNP في المتلازمة الإكليلية الحادة Prognostic Value of BNP in Acute Coronary Syndrome

Schwenk TL.

Journal Watch 2006 Jan 15;26(2):15.

[Morrow DA et al. Prognostic value of serial B-type natriuretic...JAMA 2005

Dec 14;294:2866-71]

خلفية الدراسة: تعتبر المستويات المرتفعة من الببتيدات المدرة للصوديوم نمط B (BNP) المقاسة أثناء المتلازمة الإكليلية الحادة ACS منبأ قوياً بخطورة الوفاة وقصور القلب الاحتقاني العارض CHF.

هدف الدراسة: تحديد القيمة الإنذارية لـ BNP أثناء متابعة مرضى مصابين بمتلازمة إكليلية حادة، باستخدام بيانات دراسة عديدة المراكز مطبقة على المداخلة باستخدام الستاتين.

النتائج:

- بين 3493 مريضاً، شوهدت تراكيز BNP أعلى من 80 بيكوغرام/ مل لدى 13.5% من المرضى قبل تخريجهم من المشفى (بدء الدراسة)، وشوهدت مستويات مرتفعة ثابتة خلال 4 أشهر لدى 4% من المرضى.

- خلال 4 أشهر، شوهدت مستويات مرتفعة لدى 2.5% من المرضى ذوي المستويات الطبيعية عند بدء الدراسة.

- خلال عامين من المتابعة، حدثت 230 حالة وفاة قلبية و163 حالة قصور قلب احتقاني حديثة البدء.

- بعد ضبط عوامل الخطورة القلبية الأخرى، كانت خطورة الوفاة أو الإصابة بقصور قلب احتقاني حديث البدء أكبر بشكل هام لدى المرضى ذوي مستويات BNP المرتفعة عند بدء الدراسة، مقارنة بالمرضى ذوي المستويات الأدنى (نسبة الخطورة 2.5)، كما ارتفعت الخطورة مع ارتفاع مستويات BNP خلال 4 أشهر (نسبة الخطورة 3.9).

- مقارنة بالمرضى ذوي المستويات المنخفضة من BNP في كلتا الزيارتين، كانت الخطورة أعلى بشكل هام مع الارتفاع الحديث لمستويات BNP خلال 4 أشهر (نسبة الخطورة 4.5)، بينما كان ارتفاع الخطورة متواضعاً مع المستويات المرتفعة عند البدء التي انخفضت خلال 4 أشهر (نسبة الخطورة 1.7).

الخلاصة والتعليق: تتم هذه البيانات الموجودات السابقة التي تظهر الارتباط بين مستويات الببتيدات المدرة للصوديوم نمط B (BNP) خلال المتلازمة الإكليلية الحادة ACS والإنذار التالي،

قلبي خلال الأشهر الثلاث الأولى فقط (مجموعة الشاهد)، أو بالمشاركة مع كي محيط الوريد الرئوي. تم تقييم النظم القلبي عن طريق الإحالات الهاتفية اليومية لمدة عام واحد. كما تم تقييم قطر الأذين الأيسر وشدة الأعراض بعد 12 شهراً.

النتائج:

- من بين 77 مريضاً وزعوا لإجراء كي محيط الوريد الرئوي، تمت إعادة الكي بسبب نكس الرجفان الأذيني لدى 26% من المرضى، ورفرفة أذينية لا نمطية لدى 6% منهم.

- أظهر تحليل بهدف المعالجة أن 74% من المرضى في مجموعة الكي و58% من المرضى في مجموعة الشاهد لم يصابوا بنكس الرجفان الأذيني أو الرفرفة دون تناول معالجة دوائية مضادة لاضطراب النظم خلال عام واحد.

- من بين 69 مريضاً في مجموعة الشاهد، تم تحويل 53 مريضاً منهم (77%) كي محيط الوريد الرئوي بسبب نكس الرجفان الأذيني خلال عام واحد، بينما استمر النظم الجيبي لدى 3 مرضى فقط (4%) دون الحاجة إلى معالجة دوائية مضادة لاضطراب النظم أو إلى استئصال.

- شوهد انخفاض هام في قطر الأذين الأيسر (11-/+12%) وفي نتيجة شدة الأعراض (59-/+21%) لدى المرضى الذين استمر النظم الجيبي لديهم بعد كي محيط الوريد الرئوي.

- ما عدا في حال الرجفان الأذيني اللانمطي، لم تشاهد أعراض تعزى لكي محيط الوريد الرئوي.

الخلاصة: يمكن المحافظة على النظم الجيبي لمدة طويلة لدى أغلبية المرضى المصابين برجفان أذيني مزمن عن طريق كي محيط الوريد الرئوي، بصورة مستقلة عن تأثيرات المعالجة الدوائية المضادة لاضطراب النظم، أو المقومة لنظم القلب، أو كليهما. وترتبط المحافظة على النظم الجيبي بانخفاض هام في كل من شدة الأعراض وفي قطر الأذين الأيسر.

CONCLUSION: Sinus rhythm can be maintained long term in the majority of patients with chronic atrial fibrillation by means of circumferential pulmonary-vein ablation independently of the effects of antiarrhythmic-drug therapy, cardioversion, or both. The maintenance of sinus rhythm is associated with a significant decrease in both the severity of symptoms and the left atrial diameter.



- لم يشاهد انخفاض هام لدى المرضى الذين يتناولون حاصرات بيتا في خطورة الوفيات لأي سبب أو الإصابة باحتشاء العضلة القلبية.

الخلاصة والتعليق: رغم عدم ضبط هذا التحليل من حيث الجرعات المطبقة، وانخفاض الضغط الشرياني، ومصادر الدراسات المكونة له، فإن الدراسة تطرح بشدة انخفاض فعالية حاصرات بيتا مقارنة بالأدوية الأخرى في علاج ارتفاع الضغط الشرياني الأولي، وبذلك يجب عدم اعتباره علاجاً من الخط الأول. وتشير الدراسة إلى أن معظم مرضى ارتفاع الضغط الشرياني غير المصابين بأمراض قلبية الذين يستخدمون حاصرات بيتا يجب أن يحولوا بحرص إلى أدوية أخرى خافضة للضغط قليلة الكلفة، ومن ثم تعدل الإرشادات السريرية تبعاً لذلك.

CONCLUSION & COMMENT: Although this analysis was not controlled for medication dosages, BP reduction, or funding sources of the component trials, the authors and an editorialist argue strongly that β -blockers are less effective than other drugs for primary hypertension and should no longer be considered first-line therapy. They suggest that most hypertensive patients without heart disease who are taking β -blockers be switched carefully to other inexpensive antihypertensive drugs and that clinical guidelines be revised accordingly.

التوصيات حول مشاركة الرياضيين المصابين بداء قلبي-وعائي في الألعاب الرياضية التنافسية:

وثيقة الإجماع الصادرة عن مجموعة دراسة أمراض القلب الرياضية المنبثقة عن مجموعة عمل إعادة التأهيل القلبي وفيزيولوجية التمرين ومجموعة عمل أمراض العضلة القلبية والتامور التابعة للجمعية الأوروبية لأمراض القلب

Recommendations for Competitive Sports Participation in Athletes With Cardiovascular Disease: A Consensus Document From the Study Group of Sports Cardiology of the Working Group of Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and the Working Group of Myocardial and Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology

Pelliccia A, et al.
Eur Heart J 2005;26:1422-45.

وتشير إلى أن تحديد الـ BNP بشكل متتابع يمكن أن يزود بمعلومات إنذارية إضافية.

CONCLUSION & COMMENT: These data extend previous findings showing an association between BNP levels during ACS and subsequent prognosis, and suggest that serial determinations of BNP could offer additional prognostic information.

**حاصرات بيتا: هل لا يزال يوصى بها في ارتفاع الضغط الشرياني غير المترافق باختلاطات؟
 β -blockers: Still Recommended for Uncomplicated Hypertension?**

Soloway B.
Journal Watch 2006 Jan 1;26(1):1-2
[Lindholm LH et al. Should β -blockers remain first choice in...Lancet 2005 Oct 29;366:1545-53
Beevers DG. The end of β -blockers for uncomplicated...Lancet 2005 Oct 29;366:1510-2]

خلفية الدراسة: تعتبر حاصرات بيتا هامة في معالجة احتشاء العضلة القلبية واسترخاء القلب الاحتقاني، إلا أن دورها في معالجة ارتفاع الضغط الشرياني أصبح موضعاً للجدل. وفي العام الماضي، أظهر تحليل تال أن الأتينولول لم يكن أكثر فعالية من خافضات الضغط الأخرى في خفض الضغط الشرياني لتجنب الإصابة باحتشاء العضلة القلبية، وكان أقل فعالية من الأدوية الأخرى في الوقاية من الوفاة لأي سبب ومن السكتة.

طريقة الدراسة: اتسع هذا التحليل الآن ليشمل الدراسات العشوائية المطبقة على أي من حاصرات بيتا مقارنة بالأدوية الأخرى، أو الدواء الموهم لدى مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الأولي.

النتائج:

- في 13 دراسة حيث تمت مقارنة حاصرات بيتا (الأتينولول مبدئياً) بالأدوية الأخرى، بلغت الخطورة النسبية للإصابة بالسكتة 16% باستخدام حاصرات بيتا.

- لم يشاهد فرق هام في خطورة الوفيات لأي سبب أو احتشاء العضلة القلبية.

- في 7 دراسات حيث تمت مقارنة حاصرات بيتا بالدواء الموهم أو بعدم تطبيق معالجة، كانت نسبة خطورة السكتة أقل بـ 19% باستخدام حاصرات بيتا، وقد شوهد حوالي نصف عدد حالات انخفاض الخطورة في الدراسات المبكرة المطبقة على حاصرات بيتا والمدرات.



باركنسون-وايت) أن يشاركوا في جميع الألعاب الرياضية بعد الاستئصال الناجح بواسطة القنطار ودون نكس. أما الرياضيون غير المصابين بأعراض الذين تنخفض لديهم الخطورة فيمكن أن يشاركوا في الألعاب الرياضية ما عدا مرتفعة الخطورة منها دون استئصال مسبق في حال نموذج التحريض المسبق المعزول المشاهد بتخطيط القلب الكهربائي.

- لا تمنع الألعاب الرياضية التنافسية في حال الرجفان الأذيني السائد أو الانتيابي مع غياب الأمراض القلبية الأخرى (بما في ذلك التحريض المسبق). ولا تمنع الرياضة التنافسية بعد الاستئصال الناجح للرفرفة الأذينية.

- تمنع الألعاب الرياضية التنافسية لدى الرياضيين المصابين بمتلازمة QT المديدة أو متلازمة Brugada. ويمكن أن يشارك الرياضيون الذين تم لديهم غرس جهاز مضاد للرجفان في الألعاب الرياضية منخفضة المستوى (السكنة والحركية) في حال الوظيفة القلبية الطبيعية ودون رجفان بطيني خبيث لمدة 6 أشهر على الأقل بعد الغرس.

الداء القلبي الصمامي والحمل

الجزء الأول: الصمامات الطبيعية

Valvular Heart Disease and Pregnancy

Part 1: Native Valve
Elkayam U, Bitar F
J Am Coll Cardiol 2005;46:223-30

يحمل الداء القلبي الصمامي الخلفي أو المكتسب خطورة لكل من المريضة الحامل والجنين. ويراجع هذا التقرير المعلومات المتوفرة ويقدم توصيات حول تدبير مريضات الداء القلبي الصمامي الطبيعي أثناء الحمل. هنالك 10 نقاط يجب تذكرها:

- توصي إرشادات جمعية القلب الأمريكية وتطبيقات الكلية الأمريكية لطب القلب باستخدام الصادات الحيوية للوقاية فقط في الإجراءات غير الجراحية (مثل القنطرة البولية) أو الإجراءات الجراحية. ومع ذلك، ونظراً لخطورة تجرثم الدم حتى مع الولادة الطبيعية التلقائية، فإن انخفاض خطورة الصادات الحيوية، وارتفاع نسبة الوفيات المرتبطة بالتهاب الشغاف الإنتاني (العدوائي)، تقوم العديد من المعاهد بتطبيق وقاية روتينية بالصادات عند الولادة لدى جميع المريضات الحوامل المصابات بداء قلبي صمامي.

- يرتبط التضيق التاجي الشديد بارتفاع خطورة المراضة

تنص وثيقة الإجماع هذه على توصيات حول مشاركة الرياضيين المصابين بأمراض قلبية وعائية في الألعاب الرياضية التنافسية، وهنالك 10 نقاط ذات أهمية:

- عموماً، يمكن تصنيف الألعاب الرياضية ضمن جدول 3 X 3 مؤلف من مركبات حالة السكون بكل من المستويات: المنخفض والمتوسط والمرتفع، وحالة الحركة بالمستويات: المنخفض والمتوسط والمرتفع.

- تشخص معظم آفات القلب الخلقية في الطفولة، رغم بعض حالات التشخيص المتأخر للعيوب الحاجزية الأذينية، وتضيق الأبهر، وانسداد التدفق البطيني الأيسر. وقد يمكن برنامج المسح المنظم لدى الرياضيين من تحديد العديد من الآفات الخلقية غير المشخصة سابقاً، رغم أن تشخيص الشذوذات الشريانية الإكليلية قبل الوفاة يبقى مشكلة قائمة.

- لدى الرياضيين المصابين بداء قلبي صمامي مكتسب، يمنع القيام بالألعاب الرياضية التنافسية بوجود إصابة بقلس تاجي أكثر من خفيف، كما تمنع معظم الألعاب الرياضية في حال الإصابة بتضيق أبهر متوسط الشدة على الأقل.

- تمنع الألعاب الرياضية التنافسية لدى الرياضيين ذوي التشخيص الحاسم باعتلال عضلة قلبية ضخامي، واعتلال عضلة قلبية متوسع، وخلل تنسج لا نظمي في البطين الأيمن، أو التهاب عضلة قلبية أو التهاب التامور.

- تمنع الألعاب الرياضية التنافسية لدى الرياضيين ذوي النمط الظاهري المكتمل لمتلازمة مارفان مع أو دون وجود نمط مورثي، كذلك لدى الرياضيين ذوي النمط الظاهري غير المكتمل لمتلازمة مارفان مع قصة إصابة إيجابية في العائلة.

- الرياضيون المصابون بارتفاع ضغط شرياني جهازي، تقيد المشاركة بالألعاب الرياضية التنافسية بكفاية ضبط ضغط الدم ووجود عوامل خطورة قلبية وعائية أخرى ودليل على تلف عضو هدي.

- تمنع الألعاب الرياضية التنافسية لدى الرياضيين المصابين بداء قلبي بنقص التروية (إقفاري) معروف وترتفع لديهم خطورة الإصابات القلبية الممرضة أو القاتلة. ويمكن للمرضى غير المعرضين لارتفاع خطورة الإصابات القلبية المشاركة في الألعاب الرياضية منخفضة الشدة إذا لم تظهر الفحوص الوظيفية وجود أعراض أو نقص تروية أو لا نظم.

- يمكن للرياضيين ذوي التحريض البطيني (متلازمة وولف-



الداء القلبي الصمامي والحمل الجزء الثاني: الصمامات القلبية البديلة Valvular Heart Disease and Pregnancy. Part II: Prosthetic Heart Valves

Elkayam U, Bitar F.
J Am Coll Cardiol 2005;46:403-10

يحمل الداء القلبي الصمامي الخلقي أو المكتسب خطورة لكل من المريضة الحامل والجنين. ويراجع هذا التقرير المسائل المتعلقة باختيار بدائل الصمام القلبي لدى الإناث في سن الإنجاب، والمخاطر الولدية والجنينية المرتبطة بالصمامات القلبية البديلة، وتدير الصمامات القلبية البديلة أثناء الحمل.

وهناك 10 نقاط ينبغي تذكرها:

- المسائل التي تؤثر في خيارات استبدال الصمام القلبي لدى الإناث في سن الإنجاب تماثل تلك المسائل لدى عموم المرضى الخاضعين لجراحة صمام قلبي. فالقرار الأول هو أحد اثنين: إما الاستبدال الحيوي (ذو مدة استبدال محدودة وارتفاع خطورة اهتراء الصمام)، والاستبدال الآلي (الذي يتطلب استخدام مضادات تخثر، وترتفع فيه خطورة الإصابات الانصمامية الخثارية والنزفية).

- لدى المريضات صغيرات السن (أقل من 40 عاماً) ترتفع نسبة تدهور بنية الصمام الحيوي. وبما أن المتابعة لا تطبق بشكل واسع في حال الاستبدالات الحديثة كما في الاستبدالات الأقدم، فإنه من المنطقي توقع إصابة باهتراء الصمام بعد 10 أعوام من الجراحة لدى 50% على الأقل من المريضات صغيرات السن اللواتي خضعن لاستبدال حيوي.

- سجل ارتباط بين الحمل وتسرع اهتراء الصمام الحيوي في بعض الدراسات. ومع ذلك، لم تثبت الدراسات المستقبلية التالية هذه المشاهدة.

- إن اختيار الصمام القلبي البديل لدى الإناث في سن الإنجاب اللواتي يخططن للإنجاب قريباً يجب أن يبقى شخصياً.

- المخاطر الولدية والجنينية المرتبطة بالصمامات القلبية البديلة أثناء الحمل تشمل قصور القلب، خثار الصمام، والخطورة المرتبطة باستخدام مضادات التخثر.

- يمكن أن تشمل معالجة قصور القلب استخدام الديجوكسين، والمدرات، والنيترات، والهيديرالازين، حاصرات بيتا، بينما يجب تجنب استخدام مثبطات الخميرة القلبية للأنجيوتنسين أثناء الحمل.

الولدية (وذمة رئوية، واضطراب نظم)، إلا أن الوفيات الولدية نادرة. كما يرتبط بارتفاع خطورة الولادة المبكرة وتأخر نمو الجنين داخل الرحم.

- في حال الإناث المصابات بتضيق تاجي شديد واللواتي يخططن للحمل، يجب الأخذ بالاعتبار توسيع الصمام التاجي باستخدام البالون عبر الجلد كإجراء وقائي.

- في حال الإناث المصابات بتضيق تاجي شديد اللواتي حملن لتوّنهن، يجب استخدام أدوية لضبط زيادة سرعة القلب (المنافسات الاصطناعية لبيتا-1 ويفضل الميتوبرولول، أو الديجوكسين في حال ترافق برجفان أذيني، أو الفيراباميل إذا تطلبت الحالة استخدام حاصر لقنوات الكالسيوم).

- يتم تحمل الولادة الطبيعية بشكل جيد لدى معظم المريضات المصابات بتضيق تاجي شديد، أما إجراء جراحة قيصرية فيجب أن تحدد غالباً بالاعتماد على الدواعي التوليدية.

- أثناء الحمل، يتم تحمل القلب التاجي جيداً بسبب انخفاض الحمل التلوي (البعدي) الجهاز. ويمكن أن تشمل المعالجة الطبية للقلب التاجي الشديد استخدام مدرات البول، والديجوكسين، ومعالجة خافضة للحمل التلوي بواسطة النيترات والهيديرالازين (حيث يمنع استخدام مثبطات الخميرة القلبية للأنجيوتنسين أثناء الحمل).

- يمكن لمريضات التضيق الأبهرى الأقل من شديد تحمل الحمل، أما مريضات التضيق الأبهرى الشديد المشخص قبل الحمل فيجب أن يخضعن لإجراء وقائي بتوسيع الصمام الأبهرى باستخدام البالون عبر الجلد، أو استبدال الصمام الأبهرى.

- في حال المريضات المصابات بتضيق أبهرى شديد وانكسار المعاوضة الحركية الدموية أثناء الحمل، يجب الأخذ بالاعتبار إنهاء الحمل أو توسيع الصمام (أو استبداله).

- كما في القلب التاجي، يتم تحمل القلب الأبهرى بشكل جيد أثناء الحمل. ويمكن أن تشمل المعالجة الدوائية المدرات، والديجوكسين، ومعالجة خافضة للحمل التلوي باستخدام النيترات والهيديرالازين.

- أثناء الحمل، يتم تحمل التضيق الرئوي المعزول بشكل جيد. ويجب الأخذ بالاعتبار إجراء توسيع وقائي للصمام باستخدام البالون عبر الجلد إذا كان مدرج gradient الضغط بين البطين الأيمن والشريان الرئوي لدى المريضات أعلى من 50 ملم ز في حال الراحة.



لديهم. اعتبر جميع المرضى ملائمين لكلا المعالجتين، إلا أنه تم استثناء حوالي 70% من المرضى المصابين بنقص تروية شديد من التوزيع العشوائي بسبب وجود آفات وعائية غير ملائمة أو مراضة مساعدة هامة.

النتائج:

- بعد مرور 30 يوماً، كانت الاختلاطات أكثر بشكل هام لدى مرضى الجراحة (مبدئياً قلبية وعائية، جرح، أو عدوى) مقارنة بمرضى التوسيع الوعائي، إلا أن نسبة الوفيات تماثلت في المجموعتين.

- في العام الأول التالي للتوزيع، 32% من مرضى الجراحة و29% من مرضى التوسيع الوعائي توفوا أو فقدوا الساق التي طبقت عليها الدراسة (فرق غير هام).

- كان عدد المرضى الذين احتاجوا إلى مداخلة ثانية أعلى بشكل هام في مجموعة التوسيع الوعائي مقارنة بمرضى الجراحة (26% مقابل 18%)، بينما كان عدد الأيام التي قضاها المرضى في المشفى أعلى بشكل هام في مجموعة الجراحة، وكان متوسط الكلفة لدى مرضى الجراحة أعلى بمقدار الثلث.

- خلال فترة متابعة بلغت 5 أعوام، تماثلت نسباً البقاء الخالية من البتر والوفيات لأي سبب في كلتا المجموعتين، ولكن كانت هذه النتائج أفضل في مجموعة الجراحة خلال العامين الأولين.

الخلاصة والتعليق: رغم تماثل النتائج في منتصف فترة الدراسة باستخدام كلا التقنيتين، إلا أن النتائج تشير إلى تفضيل إجراء توسيع وعائي لدى المرضى المصابين بنقص تروية طرفية شديد والحياة المتوقعة لديهم أقل من عامين، بينما يمكن أن يستفيد المرضى الذين تتوقع لديهم حياة أطول من عامين من إجراءات المجازة ذات النتائج المديدة. ومع ذلك، فإن العديد من المرضى غير ملائمين لأي من هاتين التقنيتين ويفضل علاجهم بالبتر الأولي.

CONCLUSION & COMMENT: Although medium-term outcomes were similar with both techniques, the authors suggests that patients with severe limb ischemia and life expectancies of less than 2 years might be better candidates for angioplasty, whereas patients with longer life expectancies might benefit from the greater durability of bypass procedures. Many patients, however, are unsuitable for either of these procedures and might be best treated with primary amputation.

- قد يكون منطقياً استخدام المعالجة الحالة للخثرة للتخثر كعلاج مبدئية لخثار الصمام البديل أثناء الحمل ما لم يوجد مضاد استقلاب. ولم يحدد بعد ما إذا كان الحمل استقلاباً أو مضاد استقلاب للمعالجة الحالة للخثرة.

- يرتبط الوارفارين بخطر على الجنين أثناء الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل.

- شملت التوصيات السابقة لتدبير المعالجة المضادة للتخثر أثناء الحمل إرشادات جمعية القلب الأمريكية والكلية الأمريكية لتطبيقات أمراض القلب لعام 1998 التي تشير إلى استخدام الوارفارين خلال 35 أسبوعاً ثم الهيبارين غير المجزأ، أو الهيبارين الوريدي خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل عند عدم قبول المريضة لخطورة الوارفارين على الجنين. وقد نشرت الكلية الأمريكية لأمراض الصدر إرشادات في وقت أحدث عام 2004 تشمل خيارات بين الهيبارين منخفض الوزن الجزيئي طوال فترة الحمل، أو الهيبارين غير المجزأ بجرعات مضبوطة، أو الهيبارين منخفض الوزن الجزيئي أو غير المجزأ لمدة 6 إلى 12 أسبوعاً، ثم الوارفارين في منتصف فترة الحمل وحتى اقتراب موعد الولادة.

- قدم الباحثون توصياتهم الخاصة حول استخدام مضادات التخثر أثناء الحمل تشمل خطورة إصابة الأم باختلاطات انصمامية خثارية.

المجازة أو التوسيع (الرأب) الوعائي في علاج نقص تروية (إقفار) الطرف الحادة

Bypass or Angioplasty for Severe Limb Ischemia?

Soloway B.

Journal Watch 2006 Feb 1;26(3):21-2

[BASIL trial Participants. Bypass versus angioplasty in...Lancet 2005 Dec 3;366:1925-34

Goy J-J and Urban P. Life and limb: Bypass versus...Lancet 2005 Dec 3;366:1905-6]

خلفية الدراسة: يمكن معالجة المرضى المصابين بنقص تروية (إقفار) طرفية شديدة (ألم أثناء الراحة أو خسارة نسيجية ناجمة عن قصور شرياني إما بإجراء جراحة مجازة أو توسيع وعائي باستخدام البالون)، إلا أن البيانات المتوفرة حول مقارنة نتائج وكلفة هذه التقنيات لا تزال قليلة.

طريقة الدراسة: أجري توزيع عشوائي لـ 452 مريضاً مصابين بنقص تروية طرفية شديدة لإجراء جراحة مجازة تحت المنطقة المنطقة الإربية أو توسيع وعائي باستخدام البالون كإجراء أولي



مستشفة فإن فائدة هذه الموجودات في الممارسة العملية تجاه الربو غير واضحة. ويشير المحررون أن هذه النتائج تدعم كون منافسات بيتا مديدة التأثير يجب ألا تستخدم كمعالجة وحيدة ولكن تضاف للمعالجة عندما تفشل الكورتيكوستيرويدات المستنشقة في ضبط الربو بالشكل المطلوب.

CONCLUSION & COMMENT: These findings led to the warning that now appears in the prescribing information for Serevent and Advair (the salmeterol-fluticasone combination). Because asthmatic patients in this study were rather poorly controlled, and many did not use inhaled corticosteroids, the relevance of the findings to current asthma practice is unclear. Nevertheless, editorialists note that these results reinforce the view that long-acting β -agonists should not be used as monotherapy, but rather as add-on therapy when inhaled corticosteroids fail to control asthma optimally.

■ أمراض هضمية Gastroenterology

معالجة السعال المرافق المرافق للقلل المعدي-المريني Treating GERD Associated Cough

Marton KI.
Journal Watch 2006;26(5):40.
[Chang AB et al. Systematic review and...BMJ 2006 Jan 7;332:11-7.]

خلفية وهدف الدراسة: يترافق القللس المعدي-المريني GERD بازدياد انتشار السعال، وغالباً ما يصف الأطباء مثبطات مضخة البروتون للمصابين بهذا العرض. أجرى الباحثون هذه التحليل الوسطي لتحديد وجود أدلة تدعم هذه الخطة العلاجية. وجد الباحثون 11 دراسة عشوائية مضبوطة بشاهد للمعالجة بمضادات الحموضة لدى المرضى المصابين بـ GERD؛ 3 منها أجريت لدى الأطفال (200 مريض) و8 لدى البالغين (183 مريضاً). كانت النتائج الأولية المقيمة هي فشل وقف السعال، في الدراسات لدى الأطفال، لوحظ بعض التحسن في أعراض GERD، ولكن التأثير على السعال لم يكن ملحوظاً، ولم تكن المعطيات كافية للتحليل الوسطي (لم تضم هذه الدراسات معالجة بمثبطات مضخة البروتون). ضمت 5 دراسات لدى البالغين معطيات كافية للتحليل الوسطي (في 3 منها أجريت معالجة بمثبطات مضخة البروتون، وذكر في ما إذا كان السعال قد عولج

■ أمراض صدرية

Respiratory Diseases

السالميتروال والوفيات المتعلقة بالربو Salmeterol and Asthma-Related Deaths

Brett AS.
Journal Watch 2006;26(5):41.
[Nelson HS, et al. the Salmeterol multicenter... Chest 2006 Jun; 129: 15-26.
O'Byrne PM and Ådelroth E. β_2 déjà vu. Chest 2006 Jun; 129:3-5.]

خلفية الدراسة: بينت الدراسات المجراة منذ الستينات وجود علاقة بين الاستخدام الزائد لمنافسات بيتا المستنشقة، والوفيات بالربو. وقد اختلفت آراء الخبراء في كون هذه الحالات سبباً أو نتيجة. بعد اعتماد دواء السالميتروال (سيريفانت؛ وهو منافس بيتا) في منتصف التسعينات، طُلب من شركة صانعة إجراء دراسة واسعة لتحري أمان الدواء، وقد نشرت الآن النتائج التي أظهرت لأول مرة قبل 3 سنوات.

طريقة الدراسة: قام الباحثون بإجراء توزيع عشوائي لـ 26355 مرافقاً وبالغاً مصابين بالربو، لتلقي إما السالميتروال المستنشق أو الدواء الموهوم مرتين يومياً بالإضافة لأدوية الربو المعتادة. تناول 47% فقط من المرضى الكورتيكوستيروئيد المستنشق عند بدء الدراسة.

النتائج:

- بعد مرور 28 أسبوعاً، وصلت نسبة أعلى من المتلقين للسالميتروال إلى نقطة النهاية الأولية للوفاة بأسباب تنفسية أو الحاجة للتبيب من المتلقين للدواء الموهوم (50 مقابل 36 حالة)، وهذا الاختلاف لم يبلغ تماماً الأهمية الإحصائية في كامل المجموعة المدروسة، ولكنه كان هاماً لدى السود (20 مقابل 5 حالات).

- كانت نقاط النهاية الثانوية المتعددة أكثر شيوعاً في مجموعة السالميتروال منها في مجموعة الدواء الموهوم بما فيها الوفيات المتعلقة بالربو (13 مقابل 3 وفيات).

- كانت التحليلات Post hoc لتأثير الستيروئيدات المستنشقة على النتائج غير حاسمة.

الخلاصة والتعليق: تقود هذه الموجودات إلى التحذير من وصف السيريفانت والادفاثير (مركب من السالميتروال والفلوتيكازون) وبما أن المرضى غير العرضيين كانوا غير مراقبين بشكل جيد في هذه الدراسة والعديد منهم لم يستخدم كورتيكوستيروئيدات



- بعد 8 أسابيع، شوهذ خلو 41% من المرضى في مجموعة الدواء الموهوم من الأعراض، أو شوهذ لديهم تحسن واضح، مقارنة بـ 57% و 59% و 64% من المرضى الذين تناولوا الإيتوبريد بجرعة 50 و 100 و 200 ملغ 3 مرات يومياً، على التوالي.

- رغم ظهور تحسن هام في نتيجة الأعراض في جميع المجموعات الأربع، إلا أن التحليلات الكلية أظهرت التفوق الهام للإيتوبريد على الدواء الموهوم، وشوهذ أكبر تحسن في نتيجة الأعراض في مجموعتي الـ 100 ملغ والـ 200 ملغ (-6.24 و -6.27 مقابل -4.50 في مجموعة الدواء الموهوم).

- أظهر تحليل نقطة النهاية المركبة للألم والامتلاء أن الإيتوبريد وفر نسبة استجابة أعلى من الدواء الموهوم (73% مقابل 63%).
الخلاصة: أدى الإيتوبريد إلى تحسن هام في الأعراض لدى المرضى المصابين بعسر هضم وظيفي.

CONCLUSION: Itopride significantly improves symptoms in patients with functional dyspepsia.

معالجة التهاب الكبد B المزمن باستخدام الإمتريسيتابين

Treatment of Chronic Hepatitis B With Emtricitabine

Moloo J.
Journal Watch 2006 Feb 1;26(3):26
[Lim SG et al. A double-blind placebo-controlled study of...Arch Intern Med 2006 Jan 9;166:49-56
Wong SN and Lok AS. Treatment of hepatitis B: Who...Arch Intern Med 2006 Jan 9;166:9-12]

خلفية الدراسة: تشمل معالجات التهاب الكبد B المزمن المصرح بها الأنترفيرون ومضادات الفيروسات الفموية (لاميفودين، أديفوفير، إنتيكافير). وتختلف هذه العوامل في الفعالية والتأثيرات الجانبية، وقابلية تطور المقاومة تجاهها. ويعتمد قرار المعالجة على عدة عوامل، إلا أن المعالجة تقدم عموماً للمرضى الذين لديهم مستويات دنا فيروس التهاب الكبد B (HBV) <100000 نسخة/مل، ومستويات مرتفعة من ألانين ترانسأميناز (ALT). كما يمكن أن يستفيد مرضى التشمع المعاوز أيضاً من هذه المعالجة.

طريقة الدراسة: أجريت دراسة ثنائية التعمية على 248 مريضاً مصابين بعدوى فيروس التهاب كبد B مزمن، وزعوا عشوائياً لتناول إمتريسيتابين (مضاهي للسيكسبين، صرحت منظمة الغذاء والدواء حديثاً باستخدامه فقط في معالجة عدوى HIV)، أو الدواء الموهوم.

سريرياً) وقد أيدت النتائج العلاج ولكن هذه النتيجة لم تكن هامة إحصائياً (P=0.09). إن العدد المطلوب للعلاج لتوقيف السعال وهو 5 نتائج ثانوية (مثل نقاط السعال) قد أيد العلاج ولكن لم يكن هاماً إحصائياً.

الخلاصة والتعليق: إن تأثير مثبطات مضخة البروتون على أعراض السعال قد تكون مفيدة ولكن الدراسات الموجودة صغيرة ومتنوعة وأهميتها الإحصائية قليلة لذا من الضروري إجراء دراسات واسعة عشوائية جيدة التصميم تبرر استخدام هذه المثبطات بشكل واسع لعلاج السعال.

CONCLUSION & COMMENT: The effect of proton-pump inhibitors on cough symptoms might be somewhat beneficial, but existing studies are so small and varied, and their statistical power is so poor, that large well-designed randomized trials are needed before we can justify the widespread use of PPIs for cough.

دراسة مقارنة بالدواء الموهوم حول استخدام الإيتوبريد في

عسر الهضم الوظيفي

A Placebo-Controlled Trial of Itopride in Functional Dyspepsia

Holtmann G, et al.
N Engl J Med 2006;354:832-40

خلفية الدراسة: تبقى معالجة مرضى عسر الهضم الوظيفي غير مرضية.

هدف الدراسة: تحديد فعالية الإيتوبريد - وهو منافس للدوبامين D2 بتأثير الأسيتيلكولين إستراز - لدى مرضى عسر الهضم الوظيفي.

طريقة الدراسة: أجري توزيع عشوائي للمرضى المصابين بعسر هضم وظيفي لتناول الإيتوبريد (50، 100، أو 200 ملغ 3 مرات يومياً) أو الدواء الموهوم. وبعد 8 أسابيع من المعالجة تم تحليل 3 نقاط نهاية أولية للفعالية: التبدل عن البدء في شدة أعراض عسر الهضم الوظيفي (المقيّم باستبيان ليدز لعسر الهضم)، والتقييم الشامل للفعالية لدى المرضى (نسبة المرضى غير المصابين بأعراض أو الذين لديهم تحسن واضح)، وشدة الألم أو الامتلاء المقيّم على مقياس من 5 درجات.
النتائج:

- خضع 554 مريضاً للتوزيع العشوائي، أمكن شمل 523 مريضاً بالتحليل لديهم بيانات نتائج.



النتائج:

- بعد 48 أسبوعاً من المعالجة، كانت نسبة تحسن نتيجة الفحص النسيجي الكبدي أكبر لدى المرضى في مجموعة الإمبريسيتابين مقارنة بالمرضى في مجموعة الدواء الموهم (62% مقابل 25%)، كذلك شوهدت لديهم مستويات دنا HBV >400 نسخة/مل (54% مقابل 2%)، ومستويات ALT طبيعية (65% مقابل 25%).

- تطورت طفرات مقاومة لدى 13% من مرضى مجموعة الإمبريسيتابين، ولم تختلف نسبة فقدان المستضد e_لفيروس التهاب الكبد B بين المجموعات، وتطورت سوريات عدوى HBV تالية للمعالجة لدى 23% من مرضى مجموعة الإمبريسيتابين.

الخلاصة والتعليق: في هذه الدراسة، أظهر مرضى التهاب الكبد B المزمن المعالجين بالإمبريسيتابين تحسناً بعدة مقاييس. ومع ذلك، فإن تطور المقاومة تجاه الإمبريسيتابين هو مسألة هامة، تشكل تحدياً لاستخدام الدواء كمعالجة فردية. ولا تزال هناك حاجة لمزيد من الدراسات لتحديد مدى تفوق مشاركة الإمبريسيتابين مع أدوية أخرى على المعالجات الراهنة.

CONCLUSION & COMMENT: In this trial, patients with chronic hepatitis B infections who were treated with emtricitabine showed improvement on a number of measures. However, as noted in an accompanying editorial, development of resistance to emtricitabine is an important issue and limits the drug's use as monotherapy. Further studies are needed to determine whether emtricitabine, in combination with other drugs, holds an advantage over current therapies.

■ (أمراض عصبية)

Neurology

دور NXY-059 في السكتة الدماغية الحادة بنقص التروية
NXY-059 for Acute Ischemic Stroke

Lees KR, et al.
N Engl J Med 2006;354:588-600

خلفية الدراسة: NXY-059 هو عامل لاقط للجذور الحرة، يعمل كواقٍ عصبي في نماذج السكتة لدى الحيوانات. وقد تم اختبار قدرته على تحسين حالة العجز لدى الإنسان بعد الإصابة بسكتة دماغية حادة بنقص التروية.

طريقة الدراسة: أجريت دراسة عشوائية ثنائية التعمية مقارنة بالدواء الموهم، شملت 1722 مريضاً مصابين بسكتة بسكتة حادة بنقص التروية، وزعوا عشوائياً لتسريب الدواء الموهم أو تطبيق NXY-059 وردياً لمدة 72 ساعة خلال 6 ساعات بعد بدء السكتة. كانت النتيجة الأولية هي العجز خلال 90 يوماً بمقياس رانكين المعدل للعجز (المدرج من 0 إلى 5، حيث يشير العدد 0 إلى عدم وجود أعراض متبقية، ويشير العدد 5 إلى التزام الفراش مع الحاجة إلى رعاية مستمرة).

النتائج:

- شملت الدراسة 1699 مريضاً، وقد أدى NXY-059 إلى تحسن هام في توزيع نتائج مقياس رانكين المعدل، مقارنة بالدواء الموهم.

- بلغت نسبة الأرجحية المشتركة في جميع تصنيفات المقياس 1.20.

- شوهد تماثل بين المجموعتين في كل من الوفيات ونسبة التأثيرات الجانبية الخطيرة وغير الخطيرة.

- لم يسبب NXY-059 تحسناً في الوظيفة العصبية عند قياسها وفقاً للمعايير الوطنية لمقياس السكتة الصحية NIHSS: حيث بلغ الفرق بين المجموعتين في تبدل النتائج عن البدء 0.1 نقطة، كما لم يشاهد تحسن بمعامل Barthel.

- في تحليل post hoc لدى المرضى الذين تلقوا الأتيلراز alteplase، ارتبط NXY-059 بانخفاض نسبة حدوث أي استحالة نزفية أو نزف داخل القحف مترافق بأعراض.

الخلاصة: أدى إعطاء NXY-059 خلال 6 ساعات من بدء السكتة الدماغية الحادة بنقص التروية إلى تحسن هام في النتيجة الأولية (خفض العجز خلال 90 يوماً)، إلا أنه لم يؤدي إلى تحسن هام في المقاييس الأخرى للنتيجة والتي تشمل الوظيفة العصبية بنتيجة مقياس المعاهد الوطنية لمقياس السكتة الصحية NIHSS. ولا بد من مزيد من البحث لتأكيد فائدة NXY-059 في هذه السكتة.

CONCLUSION: The administration of NXY-059 within six hours after the onset of acute ischemic stroke significantly improved the primary outcome (reduced disability at 90 days), but it did not significantly improve other outcome measures, including neurologic functioning as measured by the NIHSS score. Additional research is needed to



CONCLUSION & COMMENT: A single epidural injection of local anesthetic and corticosteroid appears to be somewhat effective for relieving acute pain associated with herpes zoster but not effective for preventing chronic post-herpetic pain. An editorialist suggests that oral therapies such as amitriptyline and gabapentin (which are effective in treating postherpetic neuralgia) could be useful in preventing postherpetic pain, but the evidence is still very preliminary.

confirm whether NXY-059 is beneficial in ischemic stroke.

الحقنة الوحيدة فوق الجافية تفشل في الوقاية من

الألم العصبي التالي لفيروس الهربس

Single Epidural Injection Fails to Prevent Postherpetic Neuralgia

Soloway B.
Journal Watch 2006;26(5):39.

هدف الدراسة: لأن استجابة الألم العصبي التالي للإصابة بفيروس الهربس (الحلأ أو العقبول) ضئيلة تجاه العلاج، فقد يكون من الأفضل إجراء تدبير وافي لهذا الاختلاط للإصابة بالهربس النطاقي. إن إجراء تسريب فوق الجافية لمادتي بوبيفاكائين وميثيل بريدنيزولون لمدة 7-21 يوماً قد أدى إلى تخفيض هام في الألم العصبي التالي التالي للإصابة بالهربس، ولكنه يحمل خطورة ومكلف.

طريقة الدراسة: قام باحثون من نيدرلاند بتحري فعالية حقنة وحيدة فوق الجافية، حيث وزعوا عشوائياً 598 مريضاً تجاوزت أعمارهم 50 عاماً ومصابين بطفح الهربس النطاقي تحت المنطقة الجلدية المعصبة بـ C6 لأقل من 7 أيام، وذلك لتلقي حقنة وحيدة فوق الجافية من مادة بوبيفاكائين (10 ملغ) وميثيل بريدنيزولون (80 ملغ) أو لعدم تلقي أي حقنة. تلقت كافة المرضى معالجة مضادة للفيروسات عن طريق الفم (إذا استمر الطفح < 72 ساعة) ومسكنات.

النتائج:

- بعد مرور شهر، كان الألم المرافق للهربس أقل مشاهدة في مجموعة الدراسة (48% مقابل 58%) كما كان الألم الناصف أقل شدة.

- بعد مرور 2 و 3 و 6 أشهر لم يختلف الألم بشكل هام بين المجموعتين، حيث كان 16% من المرضى في كل مجموعة مصابين بالألم بعد 6 أشهر.

الخلاصة والتعليق: إن حقنة وحيدة فوق الجافية من مخدر موضعي مع كورتيكوستيروئيد تبدو فعالة إلى حد ما لتخفيف الألم الحاد المرافق للإصابة بالهربس النطاقي ولكنها غير فعالة في الوقاية من الألم المزمن التالي للإصابة. ويقترح المحرر أن الأدوية المعطاة عن طريق الفم مثل أميتريبتيلين وغابابنتين (الفعالة في علاج للألم التالي للمعالجة) قد تكون مفيدة للوقاية من الألم التالي للإصابة بالهربس ولكن الإثبات مازال في بدايته.

■ أمراض دم

Hematology

نسبة انتشار اعتلال الغلوبولومين غاما وحيد النسيلة غير محدد الدلالة

Prevalence of Monoclonal Gammopathy of Undetermined Significance

Kyle RA, et al.
N Engl J Med 2006;354:1362-9.

خلفية الدراسة: لم تحدد بدقة نسبة انتشار اعتلال الغلوبولومين غاما وحيد النسيلة غير محدد الدلالة MGUS - وهو اضطراب قبل الخباثة للخلايا المصورية - بين الأشخاص الذين تجاوزوا 50 عاماً. تم استخدام تقنيات مخبرية حساسة لتحديد نسبة انتشار MGUS في مجموعة سكانية واسعة في منطقة جغرافية محددة.

طريقة الدراسة: تم تحديد جميع السكان الذين على قيد الحياة في منطقة أولمستد كاونتي في منيسوتا في الولايات المتحدة في 1/1/1995. تم الحصول على المصول بعد الاختبارات السريرية المعتادة في مايو كلينك، كما تم طلب الحصول على المصول من الأشخاص الذين لم يعطوا عينات. أجري الرحلان الكهربائي على هلام الاكروز لكافة عينات المصول، وأرسلت كافة المصول التي أدت إلى شريط خفيف من البروتين وحيد النسيلة أو إلى شريط موضّع، لإجراء التثبيت المناعي.

النتائج:

- تم الحصول على عينات مصلية من 21463 / 28038 من الأشخاص < 50 عاماً (76.6%).

- وجد MGUS لدى 694 شخصاً (3.2%).

- كانت النسبة، بعد ضبط العمر، أعلى لدى الرجال منها لدى النساء (4.0% مقابل 2.7%).



- الخطورة التراكمية لحدوث إبيضاض دم خلال 10 و 20 و 30 عاماً بلغت 1% و 8% و 24%، على التوالي. أما الأرقام المقابلة للإصابة بأي تحول نقياني (أي إلى إبيضاض دم، أو متلازمة خلل تنسج نقياني، أو حؤول نقياني، أو كثرة الحمر الحقيقية) فبلغت 9%، 28%، و 59%.

- لم تؤثر المعالجة باستخدام الأدوية المثبطة للخلايا في احتمال التحول النقياني.

- خلال العقد الأول التالي للتشخيص، تماثلت نسبة البقاء مع النسبة المشاهدة لدى الأفراد المقابلين في السن، إلا أنها انخفضت فيما بعد.

- في تحليل للمتغيرات، كان العمر البالغ 60 عاماً على الأقل، وتعداد الكريات البيض البالغ 15000 / مم³ على الأقل عند التشخيص مرتبطاً ببقيا أقصر.

الخلاصة والتعليق: تعزز هذه الموجودات مفهومنا لتطور داء كثرة الصفيحات الأساسي. ويعتبر التحول إلى إبيضاض دم أو أمراض نقيانية أخرى مرتفع الخطورة بعد 10 سنوات.

CONCLUSION & COMMENT: These findings enhance our understanding of the natural history of essential thrombocythemia. Risks for transformation to leukemia and other myeloid disorders are substantial after 10 years.

■ (أذن) وأنف وحنجرة

Ear, Nose, and Larynx

دور الستيروئيدات الأنفية

في علاج التهاب الأنف والجيوب الحاد

Nasal Steroids for Acute Rhinosinusitis

Brett AS.

Journal Watch 2006 Feb 1;26(3):28

[Meltzer EO et al. Treating acute rhinosinusitis:...J Allergy Clin Immunol 2005 Dec;116:1289-95]

خلفية الدراسة: بما أن الزكام يشمل غالباً كلاً من الأعراض الأنفية والجيبية، فقد أصبح اصطلاح "التهاب الأنف والجيوب" شائعاً. يسهم الالتهاب في أعراض التهاب الأنف والجيوب، وبذلك فإن تأثير الصادات الحيوية في التهاب الجيوب الخفيف موضع جدل.

- كانت نسبة انتشار MGUS 5.3% بين الأشخاص < 70 عاماً و 7.5% بين الأشخاص < 85 عاماً.

- كان تركيز الغلوبولين المناعي وحيد النسيلة > 1.0 غ/دسل لدى 63.5%، وبلغ على الأقل 2.0 غ/دسل لدى 4.5% من الأشخاص 694.

- كان تركيز الغلوبولينات المناعية غير المعنّية منخفضاً في 27.7% من 447 شخصاً تم اختبارهم.

- وجدت سلاسل خفيفة وحيدة النسيلة في البول لدى 21.5% من 79 شخصاً تم اختبارهم.

الخلاصة: بين المقيمين في المنطقة المدروسة وجد MGUS لدى 3% من الأشخاص < 50 عاماً و 5.3% من الأشخاص < 70 عاماً.

CONCLUSION: Among residents of Olmsted County, Minnesota, MGUS was found in 3.2% of persons 50 years of age or older and 5.3% of persons 70 years of age or older.

سير داء كثرة الصفيحات الأساسي

Natural History of Essential Thrombocythemia

Brett AS.

Journal Watch 2006 Mar 15;26(6):47

[Wolanskyj AP et al. Essential Thrombocythemia beyond the first...Mayo Clin Proc 2006 Feb;81:159-66]

خلفية الدراسة: قد يكون داء كثرة الصفيحات الأساسي أكثر أمراض التكاثر النقياني شيوعاً.

طريقة الدراسة: أجريت دراسة في مايو كلينيك حول تطور داء كثرة الصفيحات الأساسي، حيث تمت متابعة 332 مريضاً شخصت حالاتهم بين عامي 1956 و 1992. بلغ وسطي فترة المتابعة 14 عاماً، مما جعلها أكبر دراسة حول هذا الداء حتى الآن، مع المتابعة لمدة تفوق 10 أعوام.

النتائج:

- عند التشخيص، بلغ وسطي تعداد الصفيحات 1.1 مليون.

- كانت الصفات الظاهرة هي الإصابات الخثرية الهامة لدى 26% من المرضى وحدث نزف هام لدى 11%.

- بلغت الاحتمالات التراكمية للإصابات الخثرية خلال 10 و 20 عاماً 42% و 52%، على التوالي. وبلغت الأرقام المقابلة للإصابات النزفية 15% و 18%.



works better than topical and oral decongestants in these patients.

■ (أمراض نسائية وتوليد)

Gynecology & Obstetrics

مقارنة بين التلقيح الخارجي باستخدام جنين مفرد في مرحلة الخلية الأرومية وجنين مفرد في مرحلة التشطر In Vitro Fertilization With Single Blastocyst-Stage versus Single Cleavage Embryos

Papanikolaou EG, et al.
N Engl J Med 2006;354:1139-46.

خلفية الدراسة: لخفض نسبة حدوث حمل عديد الأجنة، يوصى بنقل جنين مفرد عند إجراء تلقيح خارج الجسم لدى الإناث ما دون 36 عاماً.

هدف الدراسة: أجريت دراسة عشوائية موجهة مستقبلية لتحديد الاختلافات المحتملة في نسبة الحمل والولادة بين الإناث في حال نقل جنين مفرد في مرحلة التشطر (اليوم 3) أو نقل جنين مفرد في مرحلة الخلية الأرومية (اليوم 5).

طريقة الدراسة: طبقت الدراسة على 351 أنثى عقيمة أعمارهن دون 36 عاماً، وزعن عشوائياً لنقل جنين مفرد في مرحلة التشطر (176 مريضة)، أو نقل جنين مفرد في مرحلة الكيسة الأرومية (175 مريضة). أجري تحريض لجريبات المبيض باستخدام منافس الهرمون المحرر لموجهة الغدد التناسلية والهرمون المشوب المحرض للحريب.

النتائج:

- أنهيت الدراسة باكراً بعد تطبيق تحليل منتصف فترة الدراسة المقرر مسبقاً (شمل 50% من عدد المرضى) والذي كشف عن ارتفاع نسبة الحمل لدى الإناث الخاضعات لنقل جنين مفرد في مرحلة الخلية الأرومية.

- كانت نسبة الولادة أيضاً مرتفعة بشكل هام في هذه المجموعة مقارنة بالمجموعة التي خضعت لنقل جنين مفرد في مرحلة التشطر (32% مقابل 21.6%، الخطورة النسبية 1.48).

- شوهدت حالات ولادة عديدة الأجنة في مجموعة نقل الجنين المفرد في مرحلة التشطر، كلاهما كانتا لتوائم أحادية المشيجة.

الخلاصة: تدعم هذه النتائج نقل جنين مفرد في مرحلة الخلية الأرومية (اليوم 5) لدى الإناث العقيمات اللواتي تقل أعمارهن عن 36 عاماً.

طريقة الدراسة: أجريت دراسة عشوائية، ثنائية التعمية ضمت 981 مريضاً مصابين بالتهاب أنف وجيوب حاد غير مختلط، تناولوا كورتيكوستيرويد أنفي هو موميتازون فيوروات (نازونكس، بجرعة 200 مكغ، مرة واحدة أو مرتين يومياً، لمدة 15 يوماً)، أو تناولوا أموكسيسيلين فموي (500 ملغ 3 مرات يومياً لمدة 10 أيام)، أو الدواء الموهم. تم تمويل الدراسة من قبل مصنع الموميتازون. استمرت الأعراض لدى جميع المرضى لمدة تراوحت بين 7 أيام و28 يوماً مع احتقان وسيلان أنف، وصداع جبيبي، وآلم وجهي مع شعور بالضغط. تم استثناء المرضى المصابين بحمى مرتفعة وآلم وجهي شديد وحيد الجانب.

النتائج:

- مقارنة بنتائج مجموعة الدواء الموهم، شوهد تحسن هام في الأعراض خلال شوط المعالجة البالغ 15 يوماً في مجموعتي الموميتازون، وليس في مجموعة الأموكسيسيلين.

- كان التحسن أكبر في مجموعة الموميتازون المطبق مرتين يومياً.

- ومع ذلك، فقد كانت فائدة الموميتازون متواضعة، فمثلاً، انخفض وسطي نتائج الأعراض (حوالي 8.3 عند البدء على مقياس مؤلف من 15 نقطة) بحوالي 3.7 نقاط باستخدام الدواء الموهم، و4.5 نقاط باستخدام الموميتازون مرتين يومياً.

الخلاصة والتعليق: تشير هذه النتائج إلى أنه عند استمرار أعراض الزكام لفترة تزيد على أسبوع واحد دون حمى شديدة أو آلم وجهي شديد وحيد الجانب، يكون الستيرويد الأنفي أكثر فائدة من الأموكسيسيلين. ويمكن أن يسهم وصف الستيرويدات الأنفية بشكل أوسع لهذا الغرض في الحد من استخدام المضادات الحيوية. ومع ذلك، بما أن الموميتازون الأنفي غالي الثمن، فلا بد من بحث تفوقه على مضادات الاحتقان الموضعية والفموية.

CONCLUSION & COMMENT: In essence, these results suggest that when common cold symptoms linger for more than a week without high fever or severe unilateral facial pain, a nasal steroid is more beneficial than amoxicillin. Wider prescribing of nasal steroids for this purpose presumably would reduce antibiotic use. However, nasal mometasone is rather expensive; it would be interesting to see whether it



الخلوية المعتمدة على السائل كانت أكثر دقة من اللطاخة التقليدية في كشف الآفة عالية الدرجة.

الخلاصة والتعليق: تبدو البراهين غير كافية للاستنتاج بأن الدراسة الخلوية المعتمدة على السائل تعطي شرائح أفضل أو أنها أكثر (أو أقل) دقة من اللطاخة التقليدية، وربما تساعد دراسات عشوائية ذات معايير أفضل في حسم هذه المسألة. ويشير المحرر إلى أن انتشار الدراسة الخلوية المعتمدة على السائل الأكثر تكلفة في الولايات المتحدة والمملكة المتحدة ستؤدي إلى عبء مادي أكثر مما ستؤدي إلى نوعية بحث أو دقة عاليتين.

CONCLUSION & COMMENT: Available evidence appears insufficient to conclude that liquid-based cytology produces more satisfactory slides or is more (or less) accurate than conventional cytology. Randomized studies with better reference standards might settle the question. An editorialist suggests that the growing popularity of the more expensive liquid-based cytology in the U.S. and U.K. could owe more to financial incentives than to research quality or test accuracy.

ارتباط قطع الآفات العنقية باختلاطات توليدية تالية Resection of Cervical Lesions Associated With Later Obstetric Complications

Soloway B.
Journal Watch 2006 Apr 1;26(7):58
[Kyrgiou M et al. Obstetric outcomes after conservative treatment...Lancet 2006 Feb 11;367:489-98]

خلفية الدراسة: يعالج تكون الورم العنقي داخل الظهاري CIN غالباً بالطرق التي تستأصل أو تتلف منطقة التحول العنقية، مثل الكي بالليزر، أو الاستئصال المخروطي بالليزر أو بالكي بالتبريد، أو إجراء استئصال جراحي كهربائي باستخدام العروة LEEP. تعتبر جميع هذه التقنيات ذات أمان وفعالية نسبية في الوقاية من الإصابة المستقبلية بالسرطان، إلا أن تأثيرها المستقبلي على الخصوبة ونتائج الحمل غير واضحة.

طريقة الدراسة: بسبب عدم توفر بيانات دراسات عشوائية موجهة، أجري تحليل تال على 27 دراسة قائمة على المشاهدة تمت فيها المقارنة بين نتائج الإنجابية لدى الإناث اللواتي خضعن للكي أو لاستئصال آفات CIN، ولدى إناث غير معالجات كشاهد.

CONCLUSION: These findings support the transfer of a single blastocyst-stage (day 5) embryo in infertile women under 36 years of age.

الدراسة الخلوية المعتمدة على السائل: ليست أكثر دقة من اللطاخة التقليدية؟

Liquid-Based Cytology: No More Accurate Than Conventional Pap?

Soloway B, MD.
Journal Watch 2006 Mar 1;26(5):42.
[Davey E et al. Effect of study design...Lancet 2006 Jan 14;367:122-32.
Obwegeser J and Scheider V. Thin-layer cervical...Lancet 2006 Jan 14;367:88-9.]

خلفية الدراسة: يعتقد أن الشرائح التي تعمل من سائل معلق خلايا عنق الرحم يمكن قراءتها بصورة أسرع من اللطاخة؛ كما يمكن استخدامها لتحري الفيروس الحليمومي الإنساني. كما أشار الباحثون إلى أن الدراسة الخلوية المعتمدة على السائل تسمح بعمل عدد أكبر من الشرائح كافية للتقييم، وهي أكثر حساسية لكشف الشذوذات المرضية ولكن دراسات منهجية مجردة قد وضعت هذا قيد التساؤل.

طريقة الدراسة: قام باحثون من استراليا بمراجعة 56 دراسة قارنت بين الدراسة الخلوية المعتمدة على السائل ودراسة اللطاخة التقليدية لأكثر من مليون نموذج؛ وقد كانت 5 فقط من هذه الدراسات ذات نوعية عالية.

النتائج:

- أدت الطريقتان إلى نسب متساوية من الشرائح غير المرضية في معظم الدراسات بما فيها الدراسات الواسعة.
- بشكل عام أدت الدراسة الخلوية المعتمدة على السائل إلى عدد أقل من النماذج المصنفة ضمن الحدود الطبيعية، أو الحاوية على خلايا شائكة (حشقية) شاذة أو غير المحددة ASCUS وإلى عدد أكبر من النماذج المصنفة ذات آفات داخل البشرة منخفضة أو عالية الدرجة.
- في دراسات ذات نوعية عالية، أدت دراسة اللطاخة التقليدية إلى عدد أكبر من النماذج المصنفة آفات داخل البشرة عالية الدرجة وإلى عدد أقل من النماذج المصنفة ASCUS من الدراسة الخلوية المعتمدة على السائل.
- زودت 4 دراسات فقط بمعطيات سمحت بحساب الحساسية والنوعية؛ ولكن ولا واحدة من هذه الدراسات أثبتت أن الدراسة



النتائج:

- ارتبط LEEP والاستئصال المخروطي باستخدام الكي بالتبريد بارتفاع هام في خطورة الولادة المبكرة (الخطورة النسبية 1.70 و 2.59، على التوالي).

- كما ارتبط LEEP أيضاً بارتفاع هام في خطورة تمزق الأغشية المبكر، وارتبط الاستئصال المخروطي باستخدام السكين بارتفاع هام في خطورة الولادة القيصرية.

- لم يرتبط أي من الاستئصال المخروطي بواسطة الليزر أو الكي بالليزر بتبدل هام في الخطورة النسبية لهذه النتائج.

- لم يشاهد ارتباط هام بين أي من هذه الإجراءات مع الولادة العجولة، أو الوفيات حوالي الولادة، أو الحضور إلى وحدة العناية المركزة للمواليد، أو نتائج متعلقة بالخصوبة.

الخلاصة والتعليق: توصي الدراسة بقيام الطبيب بتوضيح احتمالات الاختلاطات التوليدية في المستقبل للإناث المعدلات لمعالجة التنشؤات الورمية داخل ظهارة العنق بالاستئصال، وتشير إلى تأجيل المعالجة بالاستئصال قدر الإمكان لدى الإناث صغيرات السن المصابات بدرجة منخفضة من المرض.

CONCLUSION & COMMENT: The authors recommend that clinicians discuss the possibility of future obstetric complications with women who are considering excisional therapy for cervical intraepithelial neoplasia, and they suggest that excisional therapy be delayed whenever possible in young women with low-grade disease.

استمرار انخفاض معدل سن بدء الإحاضة

Average Age at Menarche Continues to Decline

Brett A.

Journal Watch 2006 Jan 15;26(2):18.

[Anderson SE and Must A. Interpreting the J Pediatr 2005 Dec; 147:753-60. Biro FM. Secular trends... J Pediatr 2005 Dec; 147:725-6.]

منذ أكثر من قرن لوحظ انخفاض معدل بدء عمر الإحاضة في الولايات المتحدة. ولتحديد استمرار ذلك في السنوات الأخيرة قام باحثون بتحليل معطيات من برنامج المسح الوطني للصحة والتغذية NHANES للأعوام 1988 - 1994 و 1999 - 2002. خلال فترة الدراسة، انخفض معدل عمر بدء الإحاضة بحوالي شهرين (من 12.5 سنة في الفترة الأولى إلى 12.3 سنة في الفترة الثانية). ولكن مدى هذا الانخفاض قد اختلف بشكل هام حسب المجموعات العرقية، حيث كان معدل الانخفاض 0.6 شهراً بين البيض و 0.4 شهراً بين السود و 1.8 شهراً بين

الأمريكيين المكسيك، كما بلغ 14 شهراً بين الفتيات المصنفات من مجموعات عرقية أخرى (لاتينية، آسيوية، أمريكيين أصليين، من هاواي أو من جزر الباسيفيك). توافقت القيمة الأعلى من منسب الكتلة الجسدية مع إحاضة باكراً بشكل هام ومستقل.

الخلاصة والتعليق: إن المجموعات المتعددة التي تشكل أقلية في المجتمع الأمريكي تبدو مسؤولة بدنياً عن انخفاض معدل الإحاضة المشاهد حديثاً. ويبقى من غير الواضح في ما إذا كانت الاختلافات بين المجموعات العرقية المشاهدة تعود إلى الوزن أو النظام الغذائي أو تقنية الدراسة.

CONCLUSION & COMMENT: several groups that represent a minority of the U.S. population appear to be primarily responsible

■ (أمراض عظمية ومفصلية)

Rheumatology & Orthopedics

عوامل ارتفاع خطورة الوفاة التالية لكسر الورك

Factors That Increase Mortality After Hip Fracture

Marton KI.

Journal Watch 2006 Feb 1;26(3):24

[Roche JJW et al. Effect of comorbidities and postoperative...BMJ 2005 Dec 10;331:1374-6]

خلفية الدراسة: يتعرض المرضى الذين يصابون بكسر ورك لارتفاع خطورة المراضة والوفيات على المدى القريب والبعيد. هدف الدراسة: اختبار الشروط الطبية الموجودة مسبقاً لدى المريض والعوامل السكانية التي تزيد من نسبة الوفيات بعد الإصابة بكسر ورك.

طريقة الدراسة: تم جمع البيانات بطريقة مستقبلية (استباقية) من 2448 مريضاً، وسطي أعمارهم 82 عاماً، من الذين راجعوا الخدمة الجامعية لكسر الورك خلال 4 سنوات.

النتائج:

- لم تشاهد عوامل مساعدة على المراضة لدى 41% من المرضى، بينما شوهدها عامل واحد لدى 35%، وعاملان لدى 17%، وثلاثة عوامل على الأقل لدى 7%.

- كانت أكثر العوامل المساعدة على المراضة شيوعاً هي الأمراض القلبية الوعائية (24%)، والرئوية (14%)، والدماغية الوعائية (13%).

- شوهدها لدى 20% من المرضى اختلاطات تالية للعمل



طريقة الدراسة: أجري توزيع عشوائي لـ 1583 مريضاً مصابين بفصال عظمي في الركبة مترافق بأعراض، لتتاول 1500 ملغ من الغلوكوزأمين يومياً، أو 1200 ملغ من سلفات الكوندرويتين، أو مشاركة بينهما، أو 200 ملغ من سيليكوكزيب يومياً، أو الدواء الموهوم لمدة 24 أسبوعاً. وقد سمح بتناول الأسيتامينوفين حتى 4000 ملغ يومياً للتسكين الطارئ. تم التوزيع حسب شدة ألم الركبة (الألم الخفيف: 1229 مريضاً، مقابل الألم المتوسط إلى الشديد: 354 مريضاً). كان مقياس النتيجة الأولي هو انخفاض ألم الركبة بنسبة 20% عن بدء الدراسة وحتى الأسبوع 24.

النتائج:

- بلغ وسطي عمر المرضى 59 عاماً، 64% منهم من الإناث.
- بشكل عام، لم يشاهد فرق هام بين الغلوكوزأمين وسلفات الكوندرويتين وبين الدواء الموهوم في التخفيف من شدة ألم الركبة بنسبة 20%.
- مقارنة بنسبة الاستجابة للدواء الموهوم (60.1%)، كانت نسبة الاستجابة للغلوكوزأمين أعلى بـ 3.9%، ونسبة الاستجابة لسلفات الكوندرويتين أعلى بـ 5.3%، ونسبة الاستجابة للمعالجة المشاركة أعلى بـ 6.5%.
- كانت نسبة الاستجابة في مجموعة الشاهد المعالجة بالسيليكوكزيب أعلى بـ 10% منها في مجموعة الشاهد المعالجة بالدواء الموهوم.
- لدى المرضى المصابين بألم متوسط إلى شديد عند بدء الدراسة، كانت نسبة الاستجابة أعلى بشكل هام باستخدام المعالجة المشاركة مقارنة بالدواء الموهوم (79.2% مقابل 54.3%).
- كانت التأثيرات الجانبية خفيفة وغير متكررة، وموزعة بين المجموعات.

الخلاصة: إن استخدام الغلوكوزأمين وسلفات الكوندرويتين كل على حدة أو بالمشاركة لم يؤد إلى خفض الألم بشكل فعال في عموم مجموعات المرضى المصابين بفصال عظمي في الركبة. وتشير التحليلات الاستطلاعية إلى أن مشاركة الغلوكوزأمين وسلفات الكوندرويتين يمكن أن تكون ذات فعالية لدى مجموعة فرعية من المرضى المصابين بألم ركبة متوسط إلى شديد.

CONCLUSION: Glucosamine and chondroitin sulfate alone or in combination did not reduce pain effectively in the overall group of patients with osteoarthritis of

الجراحي.

- كانت أكثر الاختلاطات شيوعاً هي الأمراض العدوائية الصدرية، والقصور القلبي، والأمراض العدوائية البولية.
- بلغت نسبة الوفيات 9.6% خلال 30 يوماً و 33% خلال عام واحد.
- في حال المرضى المصابين بقصور قلبي تال للعمل الجراحي، بلغت نسبة الوفيات خلال 30 يوماً 65%، وخلال عام واحد 92%.
- لدى المرضى المصابين بأمراض عدوائية صدرية تالية للعمل الجراحي، بلغت نسبة الوفيات خلال 30 يوماً 43%، وخلال عام واحد 71%.

- كانت المنبئات الهامة بالوفيات والسابقة للعمل الجراحي، خلال 30 يوماً، هي الخباثة (نسبة الخطورة 1.5)، والأمراض الرئوية (نسبة الخطورة 1.8)، والأمراض الكلوية (نسبة الخطورة 2.0)، و 3 عوامل على الأقل مساعدة على المراضة (نسبة الخطورة 2.5).

الخلاصة والتعليق: توضح هذه البيانات كيفية ارتباط العوامل السابقة والتالية للجراحة بخطورة الوفيات على المدى القريب والبعيد لدى المرضى المصابين بكسر ورك. و يمكن أن تؤدي المداخلة الطبية إلى تبدل هام في هذا الارتباط.

CONCLUSION & COMMENT: These data illustrate how preoperative and postoperative factors are associated with short- and long-term mortality risk among patients with hip fracture. Medical intervention potentially could alter those associations.

الغلوكوزأمين وسلفات الكوندرويتين، ومشاركتهما في علاج إصابة الركبة بالفصال العظمي (التهاب المفاصل التنكسي) المؤلف Glucosamine, Chondroitin Sulfate, and the Two in Combination for Knee Osteoarthritis

Clegg DO, et al.
N Engl J Med 2006;354:795:808

خلفية الدراسة: يستخدم الغلوكوزأمين وسلفات الكوندرويتين في علاج الفصال العظمي. وفي دراسة المداخلة في التهاب المفاصل، المطبقة على الغلوكوزأمين والكوندرويتين GAIT، المضبوطة بالدواء الموهوم والسيليكوكزيب، عديدة المراكز، ثنائية التعمية تمت مقارنة الفعالية والأمان عند استخدامهما كمعالجة لألم الركبة الناجم عن الفصال العظمي.



women, calcium with vitamin D supplementation resulted in a small but significant improvement in hip bone density, did not significantly reduce hip fracture, and increased the risk of kidney stones.

استخدام الدينوزوماب لدى الإناث ما بعد الضهي المصابات بانخفاض كثافة معدن العظم Denosumab in Postmenopausal Women With Low Bone Mineral Density

McClung MR, et al.
N Engl J Med 2006;354:821-31

خلفية الدراسة: إن مفعّل مستقبل لجين العامل النووي- κ B (RANKL) ضروري لتمايز الخلايا ناقضة العظم (كاسرات العظم) وتفعيلها وبقائها. والدينوزوماب- وهو ضد بشري صرف وحيد النسيلة (عرف رسمياً بـ AMG 162)- يرتبط بـ RANKL بألفة ونوعية مرتفعتين مثبطاً عملها. طريقة الدراسة: تم تقييم أمان وفعالية الدينوزوماب المطبق تحت الجلد على مدى 12 شهراً لدى 412 أنثى مصابات بانخفاض كثافة معدن العظم (نتيجة T بين -1.8 و -4.0 في الشوك القطني، أو -1.8 و -3.5 في الفخذ الداني). تم توزيع المريضات عشوائياً لتطبيق الدينوزوماب كل 3 أشهر (بجرعة 6 أو 14 أو 30 ملغ) أو كل 6 أشهر (بجرعة 14 أو 60 أو 100 أو 210 ملغ)، أو الألاندرونات الفموي مرة واحدة أسبوعياً بجرعة 70 ملغ، أو الدواء الموهم. كانت نقطة النهاية الأولية هي النسبة المئوية للتبدل عن البدء في كثافة معدن العظم الشوك القطني خلال 12 شهراً. وقد تم تقييم التبدلات في تحول العظم بقياس التيلوببتيدات في المصل والبول والألكالين فوسفاتاز النوعية للعظم.

النتائج:

- أدت المعالجة بالدينوزوماب لمدة 12 شهراً إلى زيادة كثافة معدن العظم في الشوك الحرقفي بنسبة 3.0-6.7% (مقارنة بنسبة 4.6% باستخدام الألاندرونات، وبفقدان 0.8% باستخدام الدواء الموهم)، وفي كامل الورك بنسبة 1.9-3.6% (مقارنة بزيادة 2.1% بالألاندرونات، وبفقدان 0.6% بالدواء الموهم)، وبلغت الزيادة في الثلث القاصي للكعبرة 0.4-1.3% (مقارنة بنقص بلغ 0.5% بالألاندرونات، و2.0% بالدواء الموهم).
- كان الانخفاض قرب الأعظمي في المستويات الوسطية للـ

the knee. Exploratory analyses suggest that the combination of glucosamine and chondroitin sulfate may be effective in the subgroup of patients with moderate-to-severe knee pain.

إضافة الكالسيوم وفيتامين د وخطورة الإصابة بكسور Calcium Plus Vitamin D Supplementation and the Risk of Fractures

Jackson RD, et al.
N Engl J Med 2006;354:669-83.

خلفية الدراسة: إن فعالية إضافة الكالسيوم مع فيتامين د للوقاية من كسور رأس الفخذ والكسور الأخرى لدى الإناث ما بعد الضهي، واللواتي يتمتعن بصحة جيدة لا تزال موضعاً للجدل. طريقة الدراسة: تم انتخاب 37282 أنثى في سن ما بعد الضهي، تراوحت أعمارهن بين 50 و 79 عاماً، من بين إناث أدرجن مؤخراً ضمن الدراسة السريرية لبادرة الصحة النسوية WHI. وزعت المشاركات بطريقة عشوائية لتناول 1000 ملغ من كربونات الكالسيوم مع 400 وحدة دولية من فيتامين D₃ يومياً، أو الدواء الموهم. تمت متابعة الإصابة بكسور لمدة 7 سنوات وسطياً. وقياس كثافة العظم في 3 مراكز WHI.

النتائج:

- كانت كثافة عظم الورك أعلى بـ 1.06% في مجموعة الكالسيوم وفيتامين د مقارنة بمجموعة الدواء الموهم.
- أظهر تحليل بهدف المعالجة أن نسبة خطورة الإصابة بكسور رأس الفخذ لدى المشاركات اللواتي تناولن الكالسيوم مع فيتامين د بلغت 0.88، و 0.90 للكسور الفقرية السريرية، و 0.96 للكسور الكلية.
- ارتفعت نسبة خطورة الحصى الكلى مع إضافة الكالسيوم وفيتامين د (نسبة الخطورة 1.17).
- أظهرت بيانات مراقبة الإناث بعد توقفهن عن تناول دواء الدراسة انخفاض نسبة خطورة كسور رأس الفخذ إلى 0.71.
- لم يشاهد اختلاف هام في التأثير مع اختلاف مستويات فيتامين د في المصل قبل التوزيع العشوائي.
الخلاصة: تؤدي إضافة الكالسيوم مع فيتامين د إلى تحسن بسيط لكنه هام في كثافة معدن رأس الفخذ لدى الإناث في سن ما بعد الضهي اللواتي يتمتعن بصحة جيدة. لا تسبب هذه الإضافة انخفاضاً هاماً في خطورة كسور الورك، ولكنها تزيد من خطورة الحصى الكلى.

CONCLUSION: Among healthy postmenopausal



- رغم صغر الأرقام، إلا أن التأثيرات الجانبية كانت أكثر مشاهدة باستخدام الذايفان الوشيقي، فقد ذكر 14 مريضاً من متلقي الذايفان وجود ضعف في مد الإصبع أو خزل في البنصر بعد 4 أسابيع (استمر لدى 3 مرضى بعد 12 أسبوعاً)، بينما ذكر 6 مرضى من متناولي الدواء الموهوم ضعفاً بعد 4 أسابيع (استمر لدى مريض واحد بعد 12 أسبوعاً).

الخلاصة والتعليق: في هذه الدراسة الصغيرة، أدى الذايفان الوشيقي إلى خفض الألم لدى المرضى المصابين بمرفق لاعب التنس، إلا أن الضعف كان تأثيراً جانبياً شائعاً. ولا تزال الآلية التي يزيل بها الذايفان الوشيقي الألم غير واضحة.

CONCLUSION & COMMENT: Botulinum toxin decreased pain in patients with tennis elbow in this small study, but weakness was a common side effect. The authors note that the mechanism by which botulinum toxin relieves pain is unclear.

■ (أمراض شيخوخة)

Geriatrics

خطورة وفوائد استخدام المهدئات لدى المسنين

Risks and Benefits of Sedative Use in Older People

Marton KI.

Journal Watch 2006 Jan 15;26(2):16

[Glass J et al. Sedative hypnotics in older people...BMJ 2005 Nov 19;331:1169-73]

خلفية الدراسة: توصف المنومات عادة للمسنين الذين يعانون من الأرق، إلا أن مخاطر وفوائد ذلك لم تحدد جيداً بعد.

طريقة الدراسة: في تحليل تال تم تحديد 24 دراسة عشوائية موجهة مطبقة على المعالجة الدوائية لدى 2411 مريضاً مصابين بالأرق، وقد بلغ وسطي العمر في كل دراسة 60 عاماً على الأقل. أعطيت جميع المعالجات لمدة 5 ليال متتالية على الأقل، حيث تناول 830 مريضاً البنزوديازيبين، وتناول 609 مرضى الزاليلون (سوناتا)، و468 مريضاً تناولوا الدواء الموهوم، وتناول 384 مريضاً الزولبيديم (أمبين)، وتناول 106 مرضى الزوبيكلون (لونستا)، و14 مريضاً الدايفينهيدرامين.

النتائج:

- اعتماداً على 4 دراسات، كانت نسبة المرضى الذين احتاجوا

تيلوبينيد-C في المصل عن بدء الدراسة واضحاً بعد 3 أيام من إعطاء الدينوزوماب.

- وجد ارتباط بين مدة كبت تحول العظم والجرعة المطبقة. الخلاصة: في حال انخفاض كتلة العظم لدى الإناث ما بعد الضهي، أدى الدينوزوماب إلى زيادة كثافة معدن العظم، والتقليل من ارتشاف العظم. وتشير البيانات التمهيدية إلى فعالية الدينوزوماب كمعالجة فعالة لتخلخل العظام.

CONCLUSION: In postmenopausal women with low bone mass, denosumab increased bone mineral density and decreased bone resorption. These preliminary data suggest that denosumab might be an effective treatment for osteoporosis.

استخدام الذايفان الوشيقي في علاج مرفق لاعب التنس

Botulinum Toxin for Tennis Elbow

Saitz R.

Journal Watch 2006 Feb 1;26(3):24

[Wong SM et al. Treatment of lateral epicondylitis...Ann Intern Med 2005 Dec 6;143:793-7]

خلفية الدراسة: إلى الآن، لا توجد معالجة لالتهاب اللقيمة الجانبية تضمن شفاء لدى جميع المرضى دون تأثيرات جانبية.

هدف الدراسة: أظهر الذايفان الوشيقي تأثيرات مفيدة في دراسات غير موجهة، مما شجع على إجراء دراسة عشوائية ثنائية التعمية مقارنة بالدواء الموهوم.

طريقة الدراسة: تم حقن الذايفان الوشيقي لدى 60 بالغاً مصابين بالتهاب اللقيمة الجانبية. كان جميع المرضى مصابين بألم في جانب المرفق لمدة تزيد على 3 أشهر، وكذلك بألم في جانب اللقيمة أثناء الانتناء الظهري للرسغ مع مد المرفق.

النتائج:

- سجلت درجات الألم لدى المرضى على مقياس بصري مدرج إلى 100 ملم.

- في مجموعة الذايفان، انخفضت نتيجة الألم من 66 ملم عند البدء إلى 25 ملم بعد 4 أسابيع، وإلى 24 ملم بعد 12 أسبوعاً. وفي مجموعة الدواء الموهوم، انخفضت النتيجة من 66 ملم إلى 51 ملم وإلى 44 ملم، على التوالي.

- شوهد فرق هام بين المجموعات.

- لم يشاهد اختلاف بين المجموعات في قوة القبضة (المقاسة بمقياس قوة التقلص العضلي).



طريقة الدراسة: أجريت دراسة حالات مراقبة ضمت مجموعتين سكانيتين؛ المجموعة الأولى شملت المرضى المعالجين في المشفى بنقص سكر الدم التالية للمعالجة خارج المشفى بالماكروليد أو سيفالوسبورين من الجيل الثاني أو بالفلوروكينولون (غاتيفلوكساسين، ليفوفلوكساسين، موكسيفلوكساسين، سيبروفلوكساسين). شملت المجموعة الثانية المرضى الذين تلقوا الرعاية في المشفى بسبب فرط سكر الدم. حدد لكل مريض حتى 5 حالات شاهد مطابقة بالعمر والجنس ووجود أو غياب الداء السكري ووقت المعالجة بالمضاد الحيوي.

النتائج:

- بين 2002/4 و 2003/3 حدد 788 مريضاً عولجوا لنقص سكر الدم خلال 30 يوماً بعد المعالجة بالمضاد الحيوي.

- مقارنة بالماكروليد، ترافق الغاتيفلوكساسين بارتفاع خطورة نقص سكر الدم (نسبة الأرجحية المضبوطة 4.3) ترافق الليفوكساسين أيضاً بارتفاع طفيف في الخطورة (نسبة الأرجحية المضبوطة 1.5)، ولكن لم يشاهد خطورة بالموكسيفلوكساسين أو السيبروفلوكساسين.

- حدد 470 مريضاً عولجوا لارتفاع سكر الدم خلال 30 يوماً بعد المعالجة بالمضاد الحيوي.

- مقارنة بالماكروليد، ترافق الغاتيفلوكساسين بارتفاع خطورة فرط سكر الدم (نسبة الأرجحية المضبوطة 16.7) ولم يشاهد ارتفاع في الخطورة بالمضادات الحيوية الأخرى.

- تشابهت الخطورة في الدراستين بغض النظر عن وجود أو عدم وجود الداء السكري.

الخلاصة والتعليق: مقارنة باستخدام مضادات حيوية واسعة الطيف بالطريق الفموي بما فيها الفلوروكينولونات الأخرى، فإن الغاتيفلوكساسين المستخدم خارج المشفى يترافق بارتفاع خطورة الحاجة للمعالجة في المشفى بسبب نقص أو فرط سكر الدم.

CONCLUSION: As compared with the use of other board-spectrum oral antibiotics, including other fluoroquinolones, the use of gatifloxacin among outpatients is associated with an increased risk of in-hospital treatment for both hypoglycemia and hyperglycemia.

إلى المعالجة بالمهدئات 13 مريضاً مقابل مريض واحد تحسنت نوعية النوم لديه دونها.

- رغم أن نتيجة نوعية النوم كانت أفضل بشكل هام باستخدام المهدئات مقارنة بالدواء الموهوم، إلا أن حجم التأثير كان ضئيلاً

جداً (تحسن بمقدار 0.1 نقطة على مقياس مؤلف من 7 نقاط).

- مقارنة بالدواء الموهوم، أدت المهدئات إلى زيادة زمن النوم بمقدار 25 دقيقة وسطياً، وخفضت من متوسط عدد مرات الاستيقاظ بـ 0.63.

- اعتماداً على 16 دراسة، كان العدد اللازم للضرر هو 6.

- شملت التأثيرات الجانبية للمهدئات النعاس، والتعب، والصداع، والكوابيس، والغثيان، والاضطرابات الهضمية.

- مقارنة بالدواء الموهوم، شوهد ارتباط هام بين المهدئات والتأثير السلبي على المعرفة، وبقصور أكبر في أداء المهام في الصباح التالي لتناول الدواء.

الخلاصة والتعليق: في هذا التحليل يظهر أن معدل الفائدة الناجمة عن استخدام المهدئات هام من الناحية الإحصائية إلا أنه غير هام سريرياً، وكانت التأثيرات الجانبية ضعفي التأثيرات المفيدة. لذلك يجب إعلام المرضى المسنين بهذه المعلومات عند التفكير بوصف المهدئات لتحسين النوم.

CONCLUSION & COMMENT: The average benefit of sedatives in this analysis was statistically significant but not clinically meaningful, and adverse effects were twice as likely as beneficial effects. Older patients should be informed of these data when considering the use of sedatives to improve sleep.

المعالجة خارج المشفى بالغاتيفلوكساسين

واضطراب سكر الدم لدى المسنين

Outpatient Gatifloxacin Therapy and Dysglycemia in Older Adults

Park-Wyllie LY, et al.
N Engl J Med 2006; 354:1352-61.

خلفية الدراسة: إن المعالجة بالغاتيفلوكساسين تترافق بنقص أو زيادة سكر الدم، أجري تحري للتأثيرات الصحية المرتبطة باضطراب سكر الدم المرافق للمضادات الحيوية المختلفة في مجموعة سكانية بلغت حوالي 1.4 مليون نسمة مقيمة في أونتاريو في كندا، أعمارهم < 66 عاماً.



■ طب نفسي Psychiatry

المعالجة المحافظة للاكتئاب الشديد في الأعمار المتقدمة Maintenance Treatment of Major Depression in Old Age

Reynolds III CF, et al.
N Engl J Med 2006;354:1130-8

خلفية الدراسة: إن المرضى المسنين المصابين باكتئاب شديد، ومنهم أولئك المصابين بالعارض الأول، معرضون لارتفاع خطورة نكس الاكتئاب والعجز والوفاة.

طريقة الدراسة: تم اختبار فعالية المعالجة المحافظة بالباروكزيتين والمعالجة النفسية الشخصية الشهرية لدى مرضى تجاوزت أعمارهم 70 عاماً، مصابين باكتئاب (55% منهم لديهم أول عارض)، في دراسة عشوائية ثنائية التعمية مقارنة بالدواء الموهوم، من النمط 2 في 2. تم توزيع 116 مريضاً من المرضى المستجيبين للمعالجة بالباروكزيتين والمعالجة النفسية بطريقة عشوائية إلى إحدى 4 برامج للمعالجة المحافظة: الباروكزيتين، أو الدواء الموهوم بمشاركة جلسات المعالجة النفسية الشهرية أو جلسات التدبير السريري) لمدة عامين أو حتى نكس الاكتئاب الشديد. طبقت جلسات التدبير السريري من قبل الممرضات ذاتهن، وعمال الرعاية الاجتماعية، والأطباء النفسيين الذين يقومون بالمعالجة النفسية، وقد شملت شرح الأعراض.

النتائج:

- شوهد نكس الاكتئاب خلال عامين لدى 35% من المرضى الذين تناولوا الباروكزيتين مع المعالجة النفسية، و37% من المرضى الذين تناولوا الباروكزيتين مع جلسات التدبير السريري، و68% من المرضى الذين تناولوا الدواء الموهوم مع المعالجة النفسية، و58% من الذين تناولوا الدواء الموهوم مع جلسات التدبير السريري.

- بعد ضبط تأثير المعالجة النفسية، بلغت نسبة خطورة النكس لدى المرضى الذين تناولوا الدواء الموهوم 2.4 أضعاف النسبة لدى المرضى الذين تناولوا الباروكزيتين.

- احتاج 4 مرضى إلى المعالجة بالباروكزيتين للوقاية من نكس واحد.

- كانت فائدة الباروكزيتين أكبر مع انخفاض عدد وشدة الإصابات المرضية الأخرى المرافقة (مثل ارتفاع ضغط الدم، أو الداء القلبي).

الخلاصة: إن المرضى الذين تجاوزوا 70 عاماً، المصابين باكتئاب شديد، والمستجيبين للمعالجة المبدئية بالباروكزيتين مع المعالجة النفسية، هم أقل عرضة لنكس الاكتئاب إذا تلقوا معالجة محافظة بالباروكزيتين لمدة عامين. أما المعالجة النفسية المحافظة الشهرية فإنها لم تقم من نكس الاكتئاب.

CONCLUSION: Patients 70 years of age or older with major depression who had response to initial treatment with paroxetine and psychotherapy were less likely to have recurrent depression if they received two years of maintenance therapy with paroxetine. Monthly maintenance psychotherapy did not prevent recurrent depression.

مضادات الاكتئاب أثناء الحمل

Antidepressants During Pregnancy

Schwenk TL.
Journal Watch Mar 15;26(6):51
[Coben LS et al. Relapse of major depression during...JAMA 2006 Feb 1;295:499-507]

خلفية الدراسة: بسبب الاعتقاد بأن التبدلات الهرمونية أثناء الحمل تقي من الاكتئاب، وبسبب الاعتبارات القائمة حول تعرض الجنين للأدوية المضادة للاكتئاب، فإنه يوصى غالباً بإيقاف تناول مضادات الاكتئاب أثناء الحمل. ومع ذلك، فإن نتائج هذه الدراسة المستقبلية الواقعية تشير إلى أن هذه المقاربة قد لا تكون الأمثل دوماً.

طريقة الدراسة: في 3 مراكز في الولايات المتحدة، تمت متابعة 201 أنثى حامل لديهن قصة إصابة بالاكتئاب (وسطى أعمارهن 34 عاماً)، كن سوائيات المزاج لمدة 3 أشهر على الأقل قبل الحمل، وكن يتناولن مضادات الاكتئاب أثناء أو قبل مدة قليلة من الحمل، ويبلغ عمر حملهن أقل من 16 أسبوعاً. بلغ وسطى مدة الإصابة بالاكتئاب 15 عاماً، وسجلت 44% من الإناث إصابتهن بـ5 عوارض اكتئاب على الأقل. خضعت المشاركات لتقييم نفسي شهري بشكل منفصل عن الرعاية السابقة للولادة إلى حين الولادة.

النتائج:



هدف الدراسة: شجع هذا التوجيه المعتمد على تحليل 17 دراسة مقارنة بالدواء الموهوم، على إجراء دراسة جماعية راجعة لمقارنة نسب الوفيات لدى المسنين الذين يستخدمون مضادات الذهان اللانمطية الأكثر حداثة، بنسب الوفيات لدى المسنين الذين يستخدمون مضادات الذهان التقليدية الأقدم.

طريقة الدراسة: باستخدام بيانات برنامج واسع لفوائد الوصفات ومن Medicare، شملت الدراسة 23000 مريض (أعمارهم 65 عاماً على الأقل، بوسطي 83 عاماً) بدءوا باستخدام مضادات الذهان التقليدية، أو اللانمطية (أريبيرازول، كلوزابين، أولانزابين، كيتيابين، ريزبيريدون، زيبيرازيدون) منذ عام 1994 إلى 2003.

النتائج:

- شخصت إصابة بالعتة لدى نصف عدد المرضى تقريباً.
- خلال 6 أشهر من بدء المعالجة بالدواء، توفي 17.9% من المرضى في مجموعة المضادات التقليدية، و14.6% من المرضى في مجموعة المضادات اللانمطية.
- في تحاليل ضبطت فيها العوامل المؤثرة، كانت خطورة الوفاة أكبر بشكل هام باستخدام المضادات التقليدية مقارنة بالمضادات اللانمطية (نسبة الخطورة 1.37).
- استمر هذا الارتفاع في الخطورة في العديد من التحاليل الإحصائية المؤكدة.

الخلاصة والتعليق: رغم أن التوجيه الحديث لمنظمة الغذاء والدواء يركز على مضادات الذهان اللانمطية الأحدث، إلا أن نتائج هذه الدراسة تشير إلى أن خطورة الوفيات المرتبطة بمضادات الذهان التقليدية الأقدم مماثلة أو حتى أعلى لدى المسنين. ومع ذلك، تشير الدراسة إلى أخذ هذه النتائج بالاعتبار مع الحذر من مساوئ الدراسات الراجعة القائمة على المشاهدة.

CONCLUSION & COMMENT: Although the recent FDA advisory focused on newer atypical antipsychotic agents, the results of this study suggest that mortality risks associated with older conventional antipsychotics are comparable to- and perhaps greater than- risks of newer antipsychotics in elders. However, an editorialist urges that we regard these results with caution, given the potential pitfalls of retrospective observational studies.

- شوهه نكس الاكتئاب لدى 21 من 82 أنثى (26%) تابعين تناول مضادات الاكتئاب، ولدى 44 من 65 أنثى (68%) توقف عنها، وكان هذا الفارق كبيراً بعد ضبط العوامل المؤثرة.

- بين 34 أنثى قمن بخفض الجرعة المتناولة من مضادات الاكتئاب، شوهه نكس لدى 35%، ومن بين 20 أنثى قمن برفع الجرعة المتناولة، شوهه نكس لدى 45%.

الخلاصة والتعليق: كانت خطورة نكس الاكتئاب مرتفعة لدى الإناث اللواتي توقفن عن تناول مضادات الاكتئاب أثناء الحمل، إلا أنهن كن منتخبات غالباً من مراكز رعاية خاصة، حيث ترتفع لديهن نسبة الإزمان والنكس. ولذلك، ربما تكون هذه النتائج غير صالحة للتطبيق بشكل واسع على الإناث المصابات باكتئاب أخف درجة، اللواتي يمكن أن يتوقفن عن تناول مضادات الاكتئاب بشكل آمن أثناء الحمل. وقد تم تفسير ارتفاع نسبة النكس لدى إناث رفعن الجرعة المتناولة من مضادات الاكتئاب وذلك بشدة وطبيعة الاكتئاب غير المستجيبة لديهن.

CONCLUSION & COMMENT: Risk for depression relapse was high among women who stopped antidepressants during pregnancy, but they were recruited mostly from special care centers and had high rates of chronicity and recurrence. Therefore, the results might not apply to the broader spectrum of women with milder depression, who might be able to safely stop antidepressants during pregnancy. The authors explain the high relapse rate among women who increased their medication as reflective of the severity and nonresponsive nature of depression in these patients.

الوفيات المرتبطة بمضادات الذهان التقليدية مقارنة بالمضادات اللانمطية

Mortality Associated With Conventional vs. Atypical Antipsychotic Drugs

Brett AS.

Journal Watch 2006 Jan 1;26(1):11

[Wang PS et al. Risk of death in elderly users of...N Engl J Med 2005 Dec 1;353:2335-41

Ray WA. Observational studies of drugs and mortality. N Engl J Med 2005 Dec 1;353:2319-21]

خلفية الدراسة: في نيسان (أبريل) 2005، أصدرت منظمة الغذاء والدواء FDA توجيهاً ينص على أن مضادات الذهان اللانمطية يمكن أن تزيد من نسبة الوفيات لدى المرضى المسنين المصابين بعته مع اضطرابات سلوكية.



have been representative of biologically active products. However, the chemical content of the extract used in this study met criteria proposed by alternative medicine experts.

مستوى دنا فيروس التهاب الكبد B ينبئ بخطورة سرطانة الخلية الكبدية

Hepatitis B Virus DNA Level Predicts Risk for Hepatocellular Carcinoma

Schwenk TL.
Journal Watch 2006 Feb 1;26(3):26-7.
[Chen C-J et al. Risk of hepatocellular carcinoma across... JAMA 2006 Jan 4;295:65-73]

خلفية الدراسة: يتعرض المرضى المصابون بفيروس التهاب الكبد B المزمن لارتفاع خطورة الإصابة بسرطانة الخلية الكبدية، وترتبط إيجابية المصل لمستضد e (HbeAg) بارتفاع هذه الخطورة بشكل خاص. إلا أن العلاقة بين خطورة سرطانة الخلية الكبدية ومستويات HBV DNA لا تزال مجهولة.

طريقة الدراسة: لبحث هذه العلاقة طبقت في تايوان دراسة على 3653 مريضاً، تراوحت أعمارهم بين 30 و65 عاماً، لديهم نتيجة إيجابية لمستضد HBV السطحي، وسلبية لعدوى فيروس التهاب الكبد C. تمت متابعة المرضى لمدة 11 عاماً، دون أن يتناولوا معالجة مضادة للفيروسات.

النتائج: - خلال فترة المتابعة، شوهدت 164 حالة إصابة بسرطانة خلوية كبدية.

- شوهد حوالي نصف عدد الإصابات لدى قلة من المرضى (15%) كانت نتيجة تحري HbeAg إيجابية لديهم، معظمهم كانت مستويات دنا HBV لديهم تفوق 1 مليون نسخة/مل عند بدء الدراسة.

- من بين 85% من المرضى ذوي نتيجة HbeAg السلبية، تنوعت مستويات دنا HBV تنوعاً كبيراً عند بدء الدراسة، وكانت منبئاً قوياً بإمكانية الإصابة بسرطانة خلية كبدية. فمثلاً لدى المرضى ذوي نتيجة HbeAg السلبية والمستويات الطبيعية من خميرة ألانين ترانسأميناز ALT، ودون الإصابة بتشمع، بلغت نسبة الإصابة التراكمية على مدى 13 عاماً بسرطانة خلية كبدية 1%، و3%، و8%، و14% مع مستويات دنا HBV عند بدء الدراسة >10000، ومن 99999-10000، ومن

البلميط المنشاري لعلاج ضخامة البروستات الحميدة Saw Palmetto for Benign Prostatic Hyperplasia

Brett AS.
Journal Watch 2006;26(5):37.
[Bent S et al. Saw palmetto for benign... N Engl J Med 2006 Feb 9;354:557-66.]

إن خلاصة ثمر البلميط المنشاري - وهو شجرة نخيل صغيرة تنمو في جنوب شرق الولايات المتحدة - تستعمل بشكل واسع لعلاج ضخامة البروستات الحميدة. في هذه الدراسة العشوائية التي أجريت في كاليفورنيا، تلقى 225 رجلاً مصابون بأعراض متوسطة إلى شديدة بضخامة البروستات الحميدة، إما خلاصة البلميط المنشاري (160 ملغ مرتين يومياً) أو الدواء الموهوم. لم يسمح للمرضى بتناول كابتات ألفا أو مثبطات 5 ألفا-ريدكتاز خلال الدراسة. خلال عام من المعالجة، لم تشاهد اختلافات هامة بين مجموعتي العلاج بالنسبة لنوعين من النتائج الأولية هي معدل نقاط الأعراض لجمعية الأمراض البولية الأمريكية، وذروة معدل جريان البول. لم تشاهد أيضاً اختلافات في نقاط النهاية الثانوية مثل نقاط نوعية الحياة ونقاط الوظيفة الجنسية وحجم الثمالة البولية وحجم البروستات.

الخلاصة والتعليق: إن موجودات هذه الدراسة - لا فائدة للبلميط المنشاري - يجب أخذها بصورة جدية. لقد أجريت هذه الدراسة تبعاً لمنهجية معيارية دقيقة كما ناقش الكتاب الأسباب المنهجية (متضمنة دقة التعمية في الدراسة) لاختلاف نتائجهم عن النتائج الإيجابية للدراسات المنشورة سابقاً. وغالباً ما يعزى سبب النتائج السلبية للأدوية العشبية إلى كون الخلاصة المستخدمة في الدراسة لا تمثل المنتج الفعال حيوياً، ولكن المحتوى الكيميائي للخلاصة المستخدمة في هذه الدراسة يحقق المعايير المقترحة من قبل خبراء الطب البديل.

CONCLUSION & COMMENT: The finding of this trial no benefit for saw palmetto should be taken seriously. The trial was conducted according to rigorous methodologic standards, and the authors discuss methodologic reasons (including the adequacy of blinding) why their results might differ from those of previously published positive trials. When results of an herbal remedy trial are negative, critics often respond that the extract used in the study might not



- تم كشف الأضداد الذاتية والتظاهرات السريرية للمناعة الذاتية لدى 52 مريضاً (26%).

- بلغ وسطي فترة البقاء الخالية من النكس 16 شهراً لدى المرضى في حال غياب المناعة الذاتية (108 من 148 مريضاً أصيبوا بنكس)، ولم يتم الحصول على هذه القيمة لدى المرضى ذوي المناعة الذاتية (7 من 52 مريضاً أصيبوا بنكس).

- بلغ وسطي فترة البقاء 37.6 شهراً لدى المرضى دون مناعة ذاتية (80 من 148 مريضاً توفوا) ولم تتحقق القيمة لدى المرضى ذوي المناعة الذاتية (2 من 52 توفوا).

- عند إجراء تحليل راجع وحيد المتغير وعديد المتغيرات، كانت المناعة الذاتية مؤشراً إنذارياً مستقلاً بتحسّن البقاء الخالية من النكس، والبقاء الكلية.

الخلاصة: إن ظهور أضداد ذاتية أو تظاهرات سريرية للمناعة الذاتية أثناء المعالجة بالأنترفيرون ألفا-2b يرتبط بتحسّن هام إحصائياً في البقاء الخالية من النكس والبقاء الكلية لدى مرضى الميلانوما.

CONCLUSION: The appearance of autoantibodies or clinical manifestations of autoimmunity during treatment with interferon alfa-2b is associated with statistically significant improvements in relapse-free survival and overall survival in patients with melanoma.

مشاركة الثاليدوميد والديكساميثازون

لعلاج الورم النقياني العديد

Thalidomide Plus Dexamethasone for Multiple Myeloma

Brett AS.
Journal Watch 2006 Mar 15;26(6):46-7
[Rajkumar SV et al. Phase III clinical trial of thalidomide plus...J Clin Oncol 2006 Jan 20;24:431-6
Richardson P and Anderson K. Thalidomide and dexamethasone: a new...J Clin Oncol 2006 Jan 20;24:334-6]

خلفية الدراسة: إلى وقت قريب، كانت المشاركة بين الميلفalan والبرينديزون هي المعالجة المبدئية القياسية لدى معظم مرضى الورم النقياني العديد، ولكن يجب تجنب استخدام عوامل مؤلّكة مثل الميلفalan في المعالجة المبدئية عند احتمال خضوع المريض لغرس خلايا جذعية ذاتية المنشأ. وقد وجد أن الثاليدوميد- الذي عاد إلى الاستخدام كدواء مضاد للأورام- فعال في علاج الورم النقياني الناكس.

100000-999999، و<1 مليون نسخة/مل، على التوالي. الخلاصة والتعليق: في هذه الدراسة، كان مستوى دنا فيروس التهاب الكبد B منبأً قوياً بسرطانة الخلية الكبدية لدى مرضى التهاب الكبد B المزمن. وتوصي الإرشادات بمستويات تبلغ 100000 نسخة/مل من دنا الفيروس كعتبة لتطبيق معالجة مضادة للفيروسات لدى بعض المجموعات الفرعية من المرضى، إلا أن هذه النتائج تشير إلى أن العتبة يمكن أن تكون مرتفعة جداً.

CONCLUSION & COMMENT: In this study, HBV DNA level was a strong predictor of hepatocellular carcinoma in patients with chronic hepatitis B infections. Guidelines have recommended HBV DNA levels of 100.000 copies/mL as a threshold for antiviral treatment for some patient subgroups, but these results suggest that the threshold could be too high.

الأهمية الإنذارية للمناعة الذاتية

أثناء معالجة الميلانوما بالأنترفيرون

Prognostic Significance of Autoimmunity During Treatment of Melanoma with Interferon

Helen Gogas, et al.
N Engl J Med 2006;354:709-18.

خلفية الدراسة: تُحدث المعالجة المناعية للميلانوما المتقدمة تظاهرات مناعة ذاتية مصلية وسريرية.

هدف الدراسة: تقييم الأهمية الإنذارية للمناعة الذاتية لدى مرضى مصابين بميلانوما في المرحلة IIB، أو IIC، أو III عولجوا بجرعة مرتفعة مساعدة من الأنترفيرون ألفا-2b.

طريقة الدراسة: أدرج 200 مريض في دراسة فرعية لدراسة عشوائية مستمرة أوسع. تم الحصول على عينات الدم قبل بدء المعالجة الوريدية بالأنترفيرون، وبعد شهر واحد من المعالجة، وبعد 3 و6 و12 شهراً. تم فحص المصل لتحري الأضداد الذاتية المضادة للدرق والنوى والدنا والكارديوليبين. كما تم تحري إصابة المرضى بالبهاق.

النتائج:

- بلغ وسطي فترة المتابعة 45.6 شهراً.
- حدث نكس لدى 115 مريضاً، وتوفي 82 مريضاً.
- بلغ وسطي فترة البقاء الخالية من النكس 28 شهراً، ووسطي البقاء الكلية 58.7 شهراً.



إلا أن البحث عن المورثات (الجينات) المرتبطة بالأمراض لا يزال مخيباً للآمال. وإن عهد تحديد المجين الشخصي، حيث يمكن للناس معرفة الأدوية التي يستجيبون لها بشكل أكبر، والأمراض المهيئت لها، لا يزال بعيد المنال، فحتى الآن تستغرق سلسلة مجين بشري واحد عدة أشهر وتكلف ملايين الدولارات. مع ذلك، وخلال الأشهر القليلة الماضية، سجلت تقنيات جديدة هي HapMap، وسلسلة المجين السريعة التي ستؤدي إلى تطور كبير في سرعة تحديد الخريطة الجينية والمجينات الشخصية. تتجم بعض الأمراض (مثل داء الخلايا المنجلية) عن تبدلات في زوج أساسي واحد فقط، فكيف يمكن إيجاد هذا التبدل المفرد من بين 3 بليون أساس في المجين البشري؟ أولاً، يجب إيجاد الجوار الصحيح حيث يتوجب البحث. وقبل ثلاثين عاماً بدأ البحث عن مورثات الأمراض عن طريق إيجاد التعددية الشكلية لكل نيوكليوتيد بصورة فردية SNPs والتي ترتبط بمرض مخصوص. وقد مكنت معرفة SNP المرتبط بالمرض من تحديد الجوار الذي تقع فيه المورثة المرتبطة بالمرض. إلا أنه لا يزال من الصعب إيجاد SNP مفردة من بين الملايين الموجودة. أدى مشروع HapMap إلى تسهيل هذه المهمة بشكل كبير، حيث يجب النظر إلى عدة مئات الآلاف من SNPs فقط وليس الملايين منها لاختبار كل جوار للمورثة. ما إن يتم تحديد الجوار حتى تبدأ المهمة المجهدة والمكلفة بسلسلة دنا هذه المنطقة. في هذه المرحلة يمكن أن تساعد السلسلة السريعة للمورثة: هناك تقنيتان حديثتان لسلسلة المورثة بطريقة سريعة، سجلت كل منهما في أيلول (سبتمبر) 2005، مكنتا من سلسلة المورثات بسرعة أكبر بـ 10 مرات مقارنة بمشروع المجين البشري. تتطلب كل من التقنيتين شطر المجين إلى ملايين القطع، ثم سلسلة فورية للأسس الموجودة في كل قطعة، باستخدام تقنية جديدة تماماً. يتم إدخال سلسلة كل قطعة إلى الحاسوب، حيث تتصل لتشكيل مجيناً كاملاً. وبمزيد من العمل يجب أن تصبح كلا التقنيتين أسرع وأرخص بكثير. ولتحقيق دورهما كاملاً يجب أن تكونا أكثر دقة وقادرتين على توفير مدى أكبر من البيانات. ومع HapMap وسلسلة المجين السريعة، من المنطق أن نتمكن بعد 10 إلى 20 عاماً من معرفة المورثات التي تهيؤنا للإصابة بالأمراض الأكثر أهمية، ونقترب من فك رموز المجين الشخصي.

طريقة الدراسة: تم اختبار فعالية مشاركة الثاليدوميد والديكساميثازون الفمويين لدى 199 مريضاً مصابين بورم نقياني حديث التشخيص. وزع المرضى عشوائياً لتناول 4 دورات شهرية من الثاليدوميد مع الديكساميثازون أو الديكساميثازون فقط.

النتائج:

- خلال 4 أشهر، كانت نسبة الاستجابة (وفقاً للمعايير القياسية) أعلى بشكل هام باستخدام المعالجة المشاركة مقارنة بالمعالجة بالديكساميثازون فقط (63% مقابل 41%).
- كانت السمية أيضاً أعلى بشكل هام باستخدام المعالجة المشاركة مقارنة بالديكساميثازون، خاصة ارتفاع نسبة الخثار الوريدي العميق (17% مقابل 3%).
- وفي النهاية أجري قطف خلايا جذعية لدى 59 مريضاً على الأقل في هذه الدراسة وكان معظمها ناجحاً.
- الخلاصة والتعليق: إن مشاركة الثاليدوميد والديكساميثازون هي بديل جديد للمعالجة البدئية لدى مرضى منتخبين مصابين بورم نقياني. ومع ذلك، يجب على جميع هؤلاء المرضى استخدام شكل من أشكال وقاية الـ DVT. واليوم هناك مضاهي أقل سمية بكثير من الثاليدوميد هو الليناليدوميد، وهناك البورتيزوميب وهو مثبط للبروتيازوم، ويخضع هذان الدواءان للدراسة لاستخدامهما كمعالجات بدئية في الورم النقياني العديد.

CONCLUSIONS AND COMMENT: Thalidomide plus dexamethasone is a new alternative for initial treatment of selected myeloma patients. However, all of these patients should receive some form of DVT prophylaxis. A potentially less-toxic analogue of thalidomide (lenalidomide) and the proteasome inhibitor bortezomib are also under investigation as initial therapies for multiple myeloma.

أبحاث

Research

تسارع وعود مشروع المجين البشري

Promise of the Human Genome Project Accelerates

Komaroff AL.

Journal Watch 2006 Jan 1;26(1):9.

رغم أن مشروع المجين البشري أسهم إسهاماً هاماً في معرفتنا،





Selected Abstracts ملفصات طبية مختارة



Public Health.....(P89E)

- *High Intake of Fruits and Vegetables Reduces Stroke Risk.
- *Cocoa Intake Associated With Lower BP and Cardiovascular Mortality.
- *Dietary Antioxidant and Macular Degeneration--Eat Your Broccoli!
- *Low-Fat Diet and Breast Cancer, Colorectal Cancer, and Heart Disease.
- *Pacifiers and SIDS: New Data, Same Results.
- *Adverse Effect of Bullying on Young School Children.
- *Yoga for Chronic Low-Back Pain.

Emergency Medicine.....(P85E)

- *Intensive Insulin Therapy in the Medical ICU.
- *Low-Dose Steroids for Patients With Septic Shock and ARDS.
- *Steroid Therapy to Facilitate Ventilator Weaning in the ICU?
- *Managing Acute Pain in Patients Who Take Maintenance Opioid Agonists.

Infectious Diseases.....(P83E)

- *Prions in Deer Muscle.
- *HSV Acquisition During Pregnancy.
- *Human Botulism Immune Globulin for the Treatment of Infant Botulism.
- *Ivermectin Effective Against Body Lice.
- *Pathogen Causing Nongonococcal Urethritis Is Often Unknown.

Vaccines.....(P80E)

- *Safety and Immunogenicity of an Inactivated Subvirion Influenza A (H5N1) Vaccine.
- *Hepatitis B Immunization Lasts at Least a Decade in Low-Prevalence Areas.

Obesity, Metabolic Diseases, and Diabetes Mellitus...(P79E)

- *Adding Insulin Glargine in Type 2 Diabetes.

Immunologic & Allergic Diseases.....(P78E)

- *Evidence of a Role of Tumor Necrosis Factor α in Refractory Asthma.
- *Comparison of Four Treatment Regimens for RA.
- *Etanercept for Psoriasis: Effects on Skin Lesions, Depression, Fatigue.
- *Natalizumab Plus Interferon Beta-1a for Relapsing Multiple Sclerosis.

Pediatrics.....(P76E)

- *Selective Serotonin-Reuptake Inhibitors and Risk of Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn.
- *Another Reason to Prescribe Antibiotics Appropriately.

Cardiovascular Diseases.....(P75E)

- *Circumferential Pulmonary-Vein Ablation for Chronic Atrial Fibrillation.
- *Prognostic Value of BNP in Acute Coronary Syndrome.
- * β -blockers: Still Recommended for Uncomplicated Hypertension?
- *Recommendations for Competitive Sports Participation in Athletes With Cardiovascular Disease: A Consensus Document From the Study Group of Sports Cardiology of the Working Group of Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and the Working Group of Myocardial and Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology.

*Valvular Heart Disease and Pregnancy .

- *Valvular Heart Disease and Pregnancy. Part II: Prosthetic Heart Valves.

*Bypass or Angioplasty for Severe Limb Ischemia?

Respiratory Diseases.....(P69E)

- *Salmeterol and Asthma-Related Deaths.

Gastroenterology.....(P69E)

- *Treating GERD Associated Cough.
- *A Placebo-Controlled Trial of Itopride in Functional Dyspepsia.
- *Treatment of Chronic Hepatitis B With Emtricitabine.

Neurology.....(P67E)

- *NXY-059 for Acute Ischemic Stroke.
- *Single Epidural Injection Fails to Prevent Postherpetic Neuralgia.

Hematology.....(P66E)

- *Prevalence of Monoclonal Gammopathy of Undetermined Significance.

*Natural History of Essential Thrombocythemia.

Ear, Nose, and Larynx.....(P65E)

- *Nasal Steroids for Acute Rhinosinusitis.

Gynecology & Obstetrics.....(P64E)

- *In Vitro Fertilization With Single Blastocyst-Stage versus Single Cleavage Embryos.

*Liquid-Based Cytology: No More Accurate Than Conventional Pap?

- *Resection of Cervical Lesions Associated With Later Obstetric Complications.

*Average Age at Menarche Continues to Decline.

Rheumatology & Orthopedics.....(P62E)

- *Factors That Increase Mortality After Hip Fracture.
- *Glucosamine, Chondroitin Sulfate, and the Two in Combination for Knee Osteoarthritis.

*Calcium Plus Vitamin D Supplementation and the Risk of Fractures.

*Denosumab in Postmenopausal Women With Low Bone Mineral Density.

*Botulinum Toxin for Tennis Elbow.

Geriatrics.....(P59E)

- *Risks and Benefits of Sedative Use in Older People.
- *Outpatient Gatifloxacin Therapy and Dysglycemia in Older Adults.

Psychiatry.....(P57E)

- *Maintenance Treatment of Major Depression in Old Age.
- *Antidepressants During Pregnancy.
- *Mortality Associated With Conventional vs. Atypical Antipsychotic Drugs.

Oncology.....(P55E)

- *Saw Palmetto for Benign Prostatic Hyperplasia.
- *Hepatitis B Virus DNA Level Predicts Risk for Hepatocellular Carcinoma.

*Prognostic Significance of Autoimmunity During Treatment of Melanoma With Interferon.

*Thalidomide Plus Dexamethasone for Multiple Myeloma.

Research.....(P54E)

- *Promise of the Human Genome Project Accelerates.



Infections of the CNS are still common in our country and play a role as a cause of infantile hemiplegia. Head injury is also an important cause. In those who presented with features of gastroenteritis, the state of hypercoagulability that accompanied the dehydration may be regarded as a predisposing factor.

Increased levels of triglycerides and decreased levels of HDL, or both, have been found in nearly 20% of unexplained stroke victims.⁷ In a study by Daniels⁸, the possibility of occlusive arteriosclerosis with thrombosis in children with unexplained ischemic cerebrovascular accidents was raised. Despite advances in diagnosis, approximately one third of strokes in children have no recognizable cause.⁹ Without the means to perform more sophisticated investigations, no underlying cause was found in 24% of our patients.

The CT brain scan showed cerebral infarction in 56% of the patients. This was higher than the 35% reported by Abduljabbar¹⁰ and the 43% reported by Gastaut.¹¹ The difference may be explained by the time factor in performing the CT scan. In our study, the majority of the scans were done in the second week after the hemiplegia while in the Abduljabbar study,

the patients were evaluated several years after the event. Cerebral hemiatrophy was the most common abnormality detected.

In general, CT scan may be normal in the first 24-48 hours following infarction. Cytotoxic edema is manifested on CT initially as mass effect. The gray matter then decreases in density with a loss of definition of the gray-white matter boundary. The majority of cerebral infarct hypodensity on CT may diminish in the second and third weeks following stroke. Hemorrhage as part of infarction is surrounded by more hypodensity than primary hemorrhage, while a mature infarct demonstrates parenchymal attenuation, loss of mass with local sulcal prominence and dilation of the cerebral ventricular system adjacent to the infarct.⁵

CONCLUSION

Infections of the CNS and head injury are important causes of acute infantile hemiplegia in our country. CT brain scan is important in the evaluation of acute infantile hemiplegia although a normal scan in the first 24-48 hours does not exclude cerebral infarction as the underlying cause.

REFERENCES

1. Marian AG. Acute hemiplegia of infancy and childhood in Addis Ababa: report on 50 followed up cases. *Ann Trop Med* 1983;3:31-3.
2. Gerald M. Fenichel. *Clinical pediatric neurology*. 3rd edition 1998;16:335.
3. Gold AP, Carter S. Acute hemiplegia of infancy and childhood. *Pediatr Clin North Amer* 1976;23:413-33.
4. Bickerstaff ER. Aetiology of acute hemiplegia in childhood. *Br Med J* 1964;2:82-99.
5. Gillespie JE, Jackson A. MRI and CT of the Brain 2000;6:187-210.
6. Abrams HS. Vascular Disease. In David RB (ed): *Child and Adolescent Neurology*. St. Louis. Mosby. 1998:271-93.
7. Haslam RHA. Acute stroke syndromes. In: *Nelson Textbook of Pediatrics*. Vol. 2. 15th edition. Eds: Behrman RE, Kleigman RM, Arvin Am. Bangalore. Prism Books Pvt. Ltd. 1996:p1728-30.
8. Daniels SR, Bates S, Lukin RR, Benton C, Third J, Clueko CJ. Cerebrovascular arteriopathy and ischemic childhood stroke. *Stroke* 1982;13:360-5.
9. Schoenberg BS, Mellinger JF, Schoenberg DG. Cerebrovascular disease in infants and children: a study of incidence, clinical features, and survival. *Neurology* 1978;28:763-8.
10. Abduljabbar M, Awad HM, Obeid T, Shamena A, Joharji I. The clinical and brain CT features of old infantile hemiplegia. *Saudi Medical Journal* 1994;15(1):52-5.
11. Gastaut H, Pinsard N, Gastaut HL, Regis H, Michael B. Acute hemiplegia in children. In: Goldstein M, Bolis L, Fieschi C, Gorini S, Milikan CH, eds. *Advances in Neurology Volume 25. Cerebrovascular Disorders and stroke*. New York. Raven Press, 1979:337.



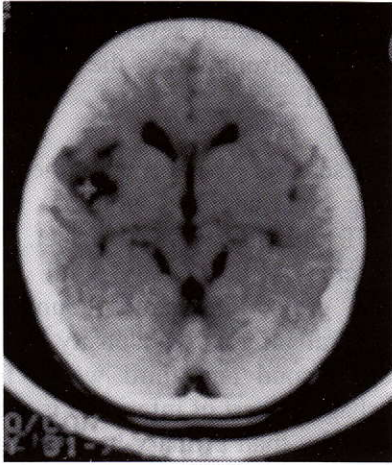


Figure 4. Right cerebral infarction in a five-year-old girl who presented with left sided weakness following head injury.

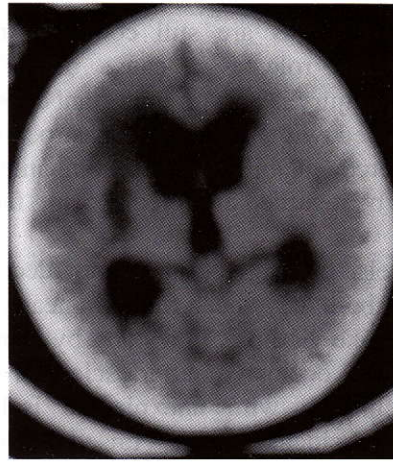


Figure 5. Right cerebral infarction with ventricular dilatation in an 18-month-old boy with left sided weakness and evidence of bacterial meningitis.

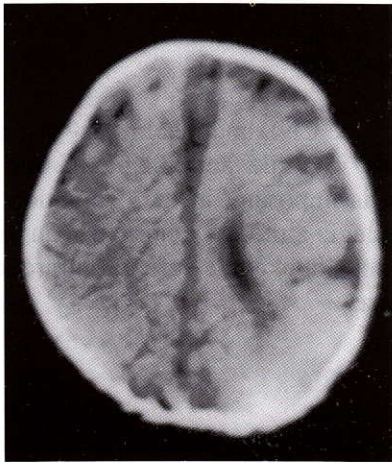


Figure 6. Left cerebral hemiatrophy is the commonest feature following old cerebral infarction.

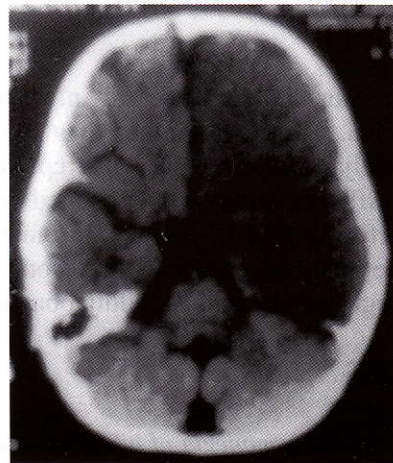


Figure 7. Left cerebral infarction involving the area supplied by the middle and anterior cerebral arteries in an 18-month-old girl with right-sided weakness and a history of epilepsy.

DISCUSSION

The most characteristic clinical feature of infantile hemiplegia is that it occurs in a previously healthy child who was neurologically normal at birth.⁴

Stroke is a lay term defined clinically as the sudden onset of a focal neurological deficit lasting longer than 24 hours. The most common etiologies are shown in Table 1. The most common manifestation of stroke is either hemiparesis or hemiplegia. Eighty percent of strokes result from cerebral infarction, most often in the territory of the middle cerebral artery. The remainder are due to hemorrhage, and the distinction between the two on clinical grounds may not be possible.⁵ In our study, cerebral infarction was the

most common finding on CT brain scan (56%). The signs and symptoms depend on the location and size of the occluded vessel as well as the patient's age.

Anterior circulation strokes are much more common than posterior, and the left cerebral hemisphere is affected more often than the right.⁶ In our study, right sided hemiplegia (i.e. left hemisphere affected) was more common than the left as well. Two thirds of children will present with an acute hemiplegia. Seizures, lethargy, or coma may complicate the presentation.⁶ In our study, seizures were common, occurring in 10 (40%) of the cases. Lethargy and coma were common as well, occurring in 12 (28%).



With regard to previous health, 10 (40%) had a preceding febrile illness. Head injury was the preceding event in 5 (20%). Two (8%) of them had epilepsy. The remainder had no history of prior health problems. Repeated convulsions and coma were common in those with CNS infection. Ten patients had seizures in addition to the hemiparesis. Facial nerve palsy was found in 5 (20%). Central nervous system infection was diagnosed in 7 (28%) based on signs, symptoms and CNS analysis. Gastroenteritis was the initial presenting complaint in 3 (12%). Cerebellopontine angle tumor was detected in 1 (4%). No underlying cause was apparent in 6 (24%).

Focal cerebral ischemia
Intracranial hemorrhage
Cerebral abscess
Encephalitis (herpes simplex virus)
Brain tumor
Alternating hemiplegia of infancy
Multiple sclerosis
Malingering/conversion disorder
Epilepsy: postictal Todd's paralysis or focal inhibitory seizure
Complicated migraine

Table 1. Differential diagnosis of acute focal neurological deficit.

CT scan findings. The most common abnormality was cerebral hemispheric infarction, which was found in 14 (56%). Three (12%) had hemorrhage. Three (12%) had cerebral hemispheric infarcts with cerebral hemiatrophy. Cerebellopontine angle tumor was detected in 1 (4%). The CT scan was normal in 4 (16%).

The clinical and radiological findings of those patients who presented with convulsions in addition to hemiplegia are presented in Table 2.

Findings	Number (% of total number)
Head injury; CT showed intracranial hemorrhage	2(8)
Epilepsy; CT normal in one; middle cerebral artery occlusion in the second	2(8)
CNS infection; CT scan showed cerebral infarction	5(20)
Gastroenteritis and sepsis. CT scan showed venous thrombosis	1(4)

Table 2. Findings in patients (n=10) who presented with seizures in addition to weakness.

Figures 1-7 represent typical findings on CT scan found in this group of patients.

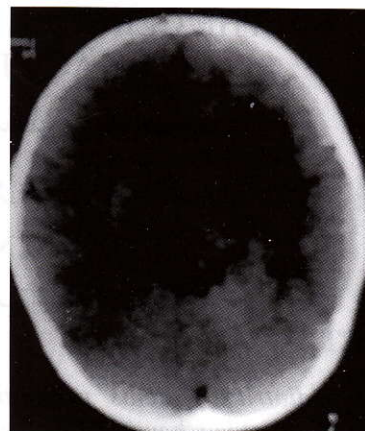


Figure 1. Left cerebral infarction in a two-year-old boy with sudden onset of right-sided weakness; there was no obvious clinical cause.

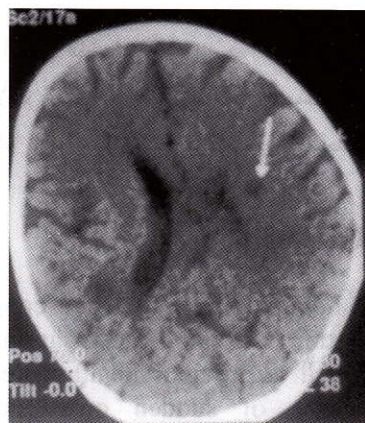


Figure 2. Left cerebral infarction, small and deep-seated, in a 19-month-old boy with dehydration, sepsis, and right sided weakness.



Figure 3. Cerebellopontine angle tumor in a four-year-old boy with right-sided weakness.



Case Report

تقرير حالة طبية

THE CLINICAL AND BRAIN CT SCAN FEATURES OF ACUTE INFANTILE HEMIPLEGIA

التظاهرات السريرية ونتائج التصوير المقطعي المحوسب في الشلل الشقي الحاد لدى الرضع

M. N. Al.Naddawi, MD, Rana Al-Shami, MD.

د. محجوب النداوي، د. رنا الشامي

ABSTRACT

Twenty-five pediatrics patients presenting with acute infantile hemiplegia were evaluated clinically and radiologically. Right-sided hemiplegia was the initial presentation in 60%. In 10 patients (40%), convulsions accompanied the hemiplegia. The most common underlying causes were CNS infection and head injury although no apparent cause was found in 24%. The most common finding on CT scan was cerebral infarction.

ملخص الحالة

أجري تقييم سريري وشعاعي لـ 25 طفلاً مريضاً مصابين بشلل شقي حاد. كان الشلل النصفي الأيمن هو التظاهرة البدئية في 60% من المرضى، وترافق الشلل باختلاجات في 40% من الأطفال. كان المسببان الأكثر شيوعاً هما إنتانات الجملة العصبية المركزية ورضوض الرأس، بينما لم يشاهد سبب واضح في 24% من الحالات. كان احتشاء الدماغ الواضح بالتصوير المقطعي المحوسب هو أكثر الموجودات شيوعاً.

INTRODUCTION

Childhood hemiplegia may be congenital or acquired; the latter is usually known as infantile if it occurs suddenly in a previous healthy preschool age child.¹ The cause of sudden onset acute, focal neurological deficit suggests either a vascular or epileptic mechanism. These include alternating hemiplegia, cerebrovascular disease, diabetes mellitus, epilepsy, hypoglycemia, migraine, trauma, tumor, or Kawasaki disease.² The cause in the majority of cases remains unidentified.³ See Table 1.

PATIENTS AND METHODS

Twenty-five cases of childhood hemiplegia were studied between January 2000 and July 2002 with regard to clinical and radiological features. Patients with typical signs of acute hemiplegia, i.e. sudden onset of weakness of one side of the body lasting more than 24 hours were included. Patients with clinically

JABMS 2006;8(1):48-51E

detectable systemic disorders including congenital or rheumatic heart disease were excluded. Other conditions excluded included progressive neurological deficits. Brain CT was performed on all patients. Cerebrospinal fluid analysis was done in all those with signs and symptoms of CNS infection and those below 1 year of age.

RESULTS

Clinical features. There were 25 patients; 16 (64%) were males; 9 (36%) were females.

The ages varied from 6 months to 8 years. In 14 (56%) the age was 2 years or less.

Right-sided hemiplegia was the presenting feature in 15 (60%); left sided hemiplegia occurred in 8 (32%); and there was alternating hemiplegia in 2 (8%).

*M. N. Al.Naddawi, Professor, MRCP, FRCP, Department of Pediatric, University of Baghdad, Al Mansor Pediatric Teaching Hospital, Pediatric Neurology Unit, Baghdad, Iraq.

*Rana Al-Shami, MD, Pediatric Arab Board, Department of Pediatric, University of Baghdad, Al Mansor Pediatric Teaching Hospital, Pediatric Neurology Unit, Baghdad, Iraq.



Characteristic*	Number	Percentage of total	Percentage of symptomatic patients
Males: Females	3:2		
Obstruction of small intestine	23	5.7	33.8
Inflammation	21	5.2	30.9
Lower gastrointestinal bleeding	17	4.2	25.0
Omphalomesenteric fistula	3	0.75	4.4
Littré's hernia	8	2.0	11.8
Miscellaneous	3	0.75	4.4

*From a study of 402 patients with Meckel's diverticulum.

Adapted with permission from Mackey WC, Dineen P. A fifty-year experience with Meckel's diverticulum. Surg Gynecol Obstet; 1983 156:56-64.

Table 1. Complications of Meckel's Diverticulum in 402 patients.⁵

more comfortable and safer approach in cases of important obesity and/or deterioration of the loop (necrosis, perforation). In elderly patients with uncomplicated Littré's hernia and Meckel's diverticulum, abstention from diverticular excision may be justifiable.⁶ Finally, Richter's hernia can occur at trocar sites after laparoscopic procedures, and 10 mm or larger ports are the usual culprits. Most surgeons now routinely close the fascia of these sites to prevent herniation. The usual presentation is of crampy abdominal pain with nausea and vomiting.

Treatment is reduction of the incarcerated bowel then repair of the defect in the fascia.⁷

CONCLUSION

This case of non-obstructed, strangulated Littré's-Richter's hernia is rare; nevertheless, it is always advisable for the surgeon to initiate exploratory surgery when reduction of an incarcerated hernia is difficult and the viability of the hernia contents are in question.

REFERENCES

1. The American Medical Association: The causes and surgical treatment of abdominal hernia. Available at: http://www.medem.com/MedLB/article_detaillb.cfm?article_ID=ZZZESG4TWAC&sub_cat=195. Accessed March 31, 2005.
2. A Littré: Observations sur une nouvelle espèce de hernie. Histoire de l'Académie royale des sciences avec les Memoires de mathematique et de physique. Paris, (1700), 1719:300-10.
3. Penman JA, Hoover HC, Safer PK: Femoral hernia with strangulated Meckel's diverticulum (Littré's Hernia) Case report and review of the literature. Anger J Surg 1980;139:286-9.
4. Montes IS, Deysine M. Spigelian and other uncommon hernia repairs. Surg Clin North Am 2003;83:1235-53.
5. From a study of 402 patients with Meckel's diverticulum. Adapted with permission from Mackey WC, Dineen P. A fifty-year experience with Meckel's diverticulum. Surg Gynecol Obstet 1983;156:56-64.
6. Hernial strangulation of Meckel's diverticulum: Littré's hernia. Apropos of 4 cases/ Rev Esp Enferm Apar Dig 1989 Nov;76(5):443-/PMID: 2616852 [PubMed - indexed for MEDLINE].
7. Boughey JC, Nottingham JM, Walls AC. Richter's hernia in the laparoscopic era: four case reports and review of the literature. Surgical laparoscopy, endoscopy & percutaneous techniques. Feb 2003;13(1):55-8.



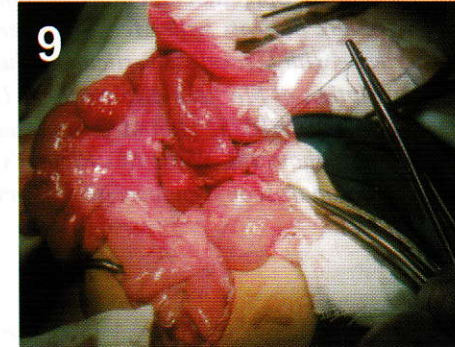
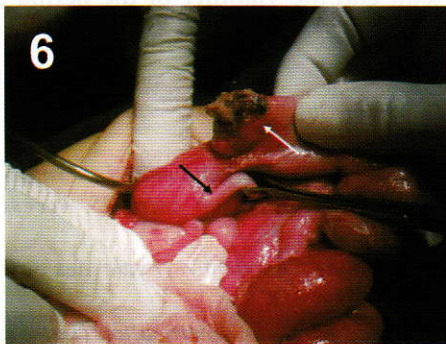
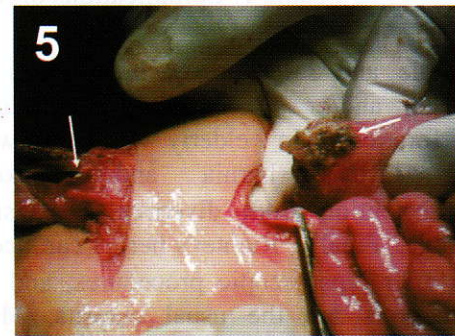
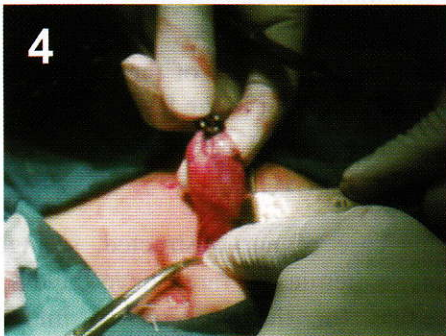
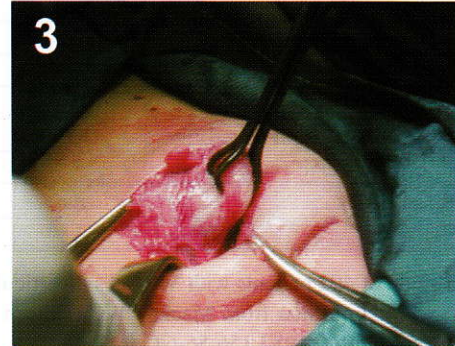
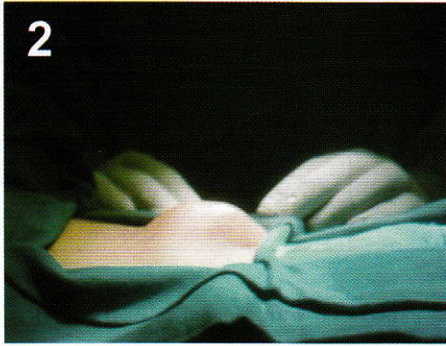


Figure 2. Upright abdominal film showing normal distribution of gases and absence of gas fluid levels. Figure 3. Dissection of the hernia sac. Figure 4. Isolation of the hernia sac. Figure 5. Strangulated and perforated Meckel's diverticulum (right) passing of index finger through the hernial defect (left). Figure 6. Meckel's diverticulum (white arrow) is near the ileocecal valve (about 5 cm only), the appendix (black arrow). Figure 7. Right hemicolectomy. Figure 8. Right hemicolectomy. The anterior face of single layer, end to side anastomosis. Figure 9. Right hemicolectomy. The posterior face of single layer, end to side anastomosis.



herniated mass was determined to be Meckel's diverticulum located near (about 5-7 cm) the ileocecal valve (Image 5). The tip of the diverticulum was strangulated and necrotic and opened (perforated) (Images 5-6).

The next step was a right hemicolectomy, end- to-side anastomosis, and single layer (see Images 6-10).

The internal inguinal ring was closed completely transinguinally and transabdominally. The abdomen was then irrigated with three liters of warm normal saline, and two drains were inserted.

The pathology report showed mild congestion of the ileum and colon, acute inflammation with ulceration in Meckel's diverticulum, congested fibrous cystic, area, and no malignancy.

The patient discharged in good condition seven days later. Unfortunately, she was lost to follow up.



Figure 1. The irreducible, hard and fixed right inguinal hernia.

DISCUSSION

An estimated 5 million people in the United States have an abdominal wall hernia, although most will not seek treatment.¹ Once diagnosed, all but the smallest asymptomatic abdominal hernias should be repaired to minimize the risk of incarceration, strangulation, and emergency surgery. Although some patients may seek

medical attention as soon as they detect a telltale bulge, others may ignore it until it causes symptoms or is detected on a physical examination.

In terminology, Littré's hernia is also known as Littré's syndrome, Richter- Littré's hernia, diverticulum hernia or hernia Littrica.² Historically, Alexis Littré first described the condition in 1700. August Gottlieb Richter described parietal hernia in 1778.² Meckel was born 81 years after Alexis Littré (1658-1726) described a small bowel diverticulum in an inguinal hernial sac. It has been conjectured that what Littré described was actually what is now known as Richter's hernia.³

Littré's hernia is an incarcerated or strangulated Meckel's diverticulum that is present in any type of abdominal wall hernia. (50% inguinal, 20% femoral, 20% umbilical, 10% miscellaneous). It is more common in men and on the right side.⁴

Symptoms include middle abdominal pain, nausea, vomiting, and signs of intestinal obstruction. In Richter's hernia, the antimesenteric border wall becomes strangulated or incarcerated. Symptoms may include nausea, vomiting, localized pain, fever, and leukocytosis. Signs of partial bowel obstruction may also be present. Richter's hernia is more common in elderly patients who have been ill and become dehydrated.⁴

Hernial strangulation of Meckel's diverticulum (Littré's hernia) is a rare anatomoclinical form. It represents 10-12% of all complications of Meckel's diverticulum, and complications including hemorrhage, perforation, and diverticulitis are fairly frequent (Table 1).⁵ Preoperative diagnosis is unlikely in strangulation without disturbances in the intestinal transit, and, in fact, is even less likely if it is accompanied by obstruction. The diagnosis is thus almost always intraoperative.⁶

The correct treatment is surgery after restoring the patient's hemodynamic equilibrium. Simple and/or loop diverticulectomy via herniotomy, herniolaparotomy or laparotomy are various approaches. This disorder can generally be resolved using the inguinal approach, as in any strangulated hernia, with the technical option of using a larger,



Case Report

تقرير حالة طبية

STRANGULATED LITTRÉ'S (RICHTER'S) HERNIA

فتق ليتر - ريختر مختنق

Hasan Kayali, MD, Nedal Matar, MD.

د. حسن كيالي، د. نضال مطر

ABSTRACT

The incidence of Littré's hernia in children is unknown. The diagnosis is usually made at operation or autopsy. This is the case report of a 3 year old female patient, who presented to the emergency room of Aleppo University Hospital in May 2005 with incarcerated right inguinal hernia. On physical examination, the hernia was hard and irreducible. There were no symptoms or signs of bowel obstruction. In an emergency procedure, exploratory laparotomy revealed a strangulated Littré's (Richter's) hernia.

ملخص الحالة

إن نسبة حدوث فتق ليتر لدى الأطفال غير معروفة، وعادة ما يوضع التشخيص أثناء العمل الجراحي أو بفتح الجثة. هذا تقرير حالة إسعافية لمريضة أنثى عمرها 3 سنوات، راجعت غرفة الإسعاف بمشفى حلب الجامعي، في أيار 2005؛ بشكوى فتق إربي أيمن غاصص. كان الفتق بالفحص السريري قاس وغير ردود، مع عدم وجود أعراض وعلامات انسداد أمعاء. أجري فتح بطن استقصائي إسعافي وتبين وجود فتق ليتر-ريختر مختنق.

INTRODUCTION

This is a case of strangulated Littré's hernia. It was strangulated because the blood supply of the intestinal loop was affected and there was necrosis of the loop wall. It is a Littré's hernia because the content of the hernia sac was a Meckel's diverticulum. It is also a Richter's hernia because a part of the intestinal loop, the antimesenteric side only, was in the hernia sac. This explains the absence of clinical and radiological findings of bowel obstruction.

CASE REPORT

In May 2005, a 3-year-old female patient presented to the emergency room of Aleppo University Hospital with emesis and findings of an incarcerated right inguinal hernia. The mother stated that the child had been symptomatic for more than 10 hours.

On physical examination, the temperature was 38.8 C°. The pulse was 120 minute. A right inguinal hernia was present. It was hard and irreducible (see Image 1). There was no abdominal distention and the bowel sounds were normal. On digital rectal examination, the rectum was not empty, and no blood was detected. No

surgical scars were found. The past medical history was non-contributory.

Laboratory examinations included: WBC: 18200/mm³ (monocytes 82%). Urea, creatinine, potassium, sodium, and hemoglobin were within normal limits.

Plain upright abdominal film was obtained and the distribution of gases was in normal appearance (see Image 1,2).

It was decided to perform surgical reduction of the hernia. An oblique inguinal incision was made over the area of the bulging hernia. After that, dissection, (Image 3) and isolation (Image 4) of the hernia sac was performed. Even after the aponeurosis of the external abdominal oblique muscle was divided, the hernia sac was still fixed. The sac was incised and serous fluid leaked out. Several adhesions between the sac and an intestinal loop were noted. The appearance of tissue bearing what appeared to be watermelon seed husks led to the belief that there had been an iatrogenic injury to the intestinal loop. An exploratory laparotomy was begun. Serous fluids with husks of watermelon seeds were seen free in the abdomen and pelvis. The

JABMS 2006;8(1):44-7E

*Hassan Kayali, MD, Professor of Colorectal & general Surgery, The Head of Department of Surgery at Aleppo University Hospital, Aleppo, Syria.

*Nedal Matar, MD, A General Surgeon, 5th Year Trainee of Arab Board of Medical Specializations at Aleppo University Hospital, Aleppo, Syria.



These results demonstrate that the hemorrhage rates with "hot" techniques are at least double the rate with traditional cold steel using only ties or packs for hemostasis.¹⁰

The NPTA conclusion was:

1. Hot techniques should not be stopped on the basis of the current evidence, but the use of monopolar diathermy techniques should be carefully considered.
2. Diathermy should always be used with caution; the power setting, frequency and duration of diathermy use should be carefully controlled.
3. Training in tonsillectomy needs to be more stringent, than in the past; the technique of tying blood vessels should be taught to all trainees.
4. Coblation may be a particularly difficult technique to learn and that must be reflected in the way this technique is taught.¹⁰
5. The theoretical risk of variant Creutzfeldt-Jacob Disease (vCJD) being acquired through the use of contaminated instruments for tonsillectomy led the Department of Health in the U.K. in 2001 to call for the abandonment of routine tonsillectomy and adenoidectomy pending the availability of disposable instruments.¹¹ That lymphoid tissue such as the tonsils harbors transmissible prion in the early stages of the

disease is well known.¹¹ Thus, the potential impact of iatrogenic transmission of disease with a possible incubation period of several decades was obvious.¹¹

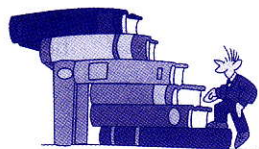
Routine tonsillectomy started again after six months when disposable instruments became available. This was followed shortly thereafter by alarming reports of increased complications, chiefly post operative hemorrhage, prompting a hazard warning from the Medical Devices Agency. The disposable bipolar diathermy forceps was implicated. Reusable instruments continue to be used in England in complete negation of the previous advice. Research is still going on to collect excised tonsils for study and to look at the prevalence of vCJD in these specimens.¹¹

There is continuing debate, however, about the suggestion that tonsillectomy increases the risk of Hodgkin's lymphoma.¹² A substantial Scandinavian population based cohort study found such an increased risk of Hodgkin's disease, especially in younger children.¹²

As the debates go on, and researches continue, results are pending. Meanwhile, tonsillectomies persist, whether it is evidence-based or a professional habit.¹²

REFERENCES

1. Young JR, Bennett J. History of tonsillectomy; *ENT News*. 2004;13;2 :34.
2. St. Clair Thomson & Negus. *Diseases of the Throat and Nose*; Cassell. London 1955:432.
3. Harrison DFN. Adenotonsillectomy; *Family Doctor Booklet*. BMA-printed by John Blackburn Ltd 1970.
4. Spencer W. (trans) *De Medicina*, ii, 12 Loeb, classical Library, London 1935.
5. Al-Sheekh, Mahammad Salim (Vise president, Florence University, Italy). Abu Kasim Al-Zahrawi surgery and its influence on medicine in Europe. www.alazhr.org/Iraq/j4.htm.
6. Bennett J, Young J. *Offbeat Otolaryngology: what the textbooks don't tell you*; chapter 9. Thieme publishing group. 2001.
7. Koempel JA. On the origin of tonsillectomy and the dissection method; *laryngoscope* 2002;112:1580-6.
8. Ramsden RT. Interim report from the chairman of the steering group of the national prospective tonsillectomy audit. March 2004.
9. Timms M. Coblation tonsillectomy: A personal view; *ENT News*. 2004;13:2.
10. Ramsden RT. Tonsillectomy audit: An update; *ENT News* 2004;13:51.
11. Hussain SM. Variant Creutzfeldt-Jacob Disease and the tonsillectomy saga. *ENT News* 2004;13:48.
12. Bond J & Brittain K. Tonsillectomy and Adenotonsillectomy in Children with Sore Throat: Evidence Based or Professional Habit. *ENT News*. 2004;13:55.



modification of an instrument known as the cystotome which was previously used for removing pieces of the bladder.⁶ For some reason, this instrument never became widely used, and it was not until 1828 when Philip Physick of Philadelphia introduced an instrument called a tonsillitome that tonsillectomy really became an effective operation. Using this instrument, the precursor of the tonsil guillotine, the tonsils could be removed quickly, completely and with minimum of pain and hemorrhage.

During the next forty years the instrument was extensively modified and was used throughout the world until the next development took place in the twentieth century. In 1909, G.E. Waugh published his technique for dissection of the tonsil. This method was subsequently modified and allows even the inexperienced surgeon to perform a safe and complete tonsillectomy with control of the bleeding at all stages.^{3,4,6}

In order to avoid surgery, attempts have been made to destroy the tonsils either by repeated cauterization or by exposure to radium or x-rays. None of these methods proved reliable and so dissection of the tonsils remains the method most frequently used today.^{3,6}

Unfortunately, Celsus (30 A.D) did not state what his indications for tonsillectomy were, though with the inevitable progress of time its benefits were invoked for many diverse reasons. These ranged from masturbation to bedwetting! Other evils which might be alleviated included night terrors, convulsions, petit mal, stuttering, asthma, chronic bronchitis, rheumatism, affections of the heart, nephritis, headache, fatigue, bad-temper, recurrent tonsillitis, and ear infection.^{3,4,6}

Until now, the indications for tonsillectomy still remain a matter for considerable discussion and controversy among ear, nose, and throat surgeons, but there is complete agreement on one point: if the tonsils are to be removed, then they must be removed completely.³

Although surgery on the tonsils is not a recent development, and the earliest description date back to the Romans in the first century A.D., it is only since

the early 1900s that complete excision of all tonsillar tissue using instruments became known as tonsillectomy.⁷

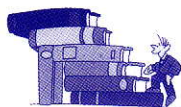
This procedure is still one of the most commonly performed procedures, and it is called cold steel dissection tonsillectomy. In recent years, several new techniques have been described for tonsillectomy,⁷ but the cold steel dissection method remains the commonest technique. This method has stood the test of the time as an effective, safe operation, and recent data from the National Prospective Tonsillectomy Audit Group (NPTAG) support this view.⁸

The gold standard dissection and ties method, however, has been challenged by diathermy (both unipolar and bipolar), laser, both for excision and ablation, ultrasonic scalpel, and now coblation.⁹

Each new method gains initial publicity and is tried by varying numbers of surgeons. In time, its popularity levels out, and surgeons decide whether to continue with the new method or return to their old familiar technique.⁹

With the increased number of methods employed for tonsillectomy, however, a noticeable increase in the rates of complication has been noticed, in particular from 1995 to the present.¹⁰ The National Prospective Tonsillectomy Audit (NPTA) began collecting data from nearly 15,000 operations from July 2003 until Feb 2004. The results of their analysis of the five popular tonsillectomy techniques can be summarized as follows.¹⁰

- Cold steel tonsillectomy using ties is the technique with by far the lowest risk of postoperative hemorrhage (1.3%) and return to theatre (1.0%).
- Cold steel dissection with bipolar or monopolar diathermy homeostasis, had a hemorrhage rate of 2.9% and return to theatre rate of 1.7%.
- Bipolar (forceps or scissors) diathermy for dissection and hemostasis had a hemorrhage rate of 3.9% and return to theatre rate of 2.4%.
- Monopolar diathermy for dissection and hemostasis had a hemorrhage rate of 6.1% and return to theatre of 4.0%.
- Coblation for dissection and hemostasis had a hemorrhage rate of 4.4% and return to theatre of 3.1%.



TONSILLECTOMY: HISTORICAL ACCOUNT AND UPDATE

استئصال اللوزتين: مراجعة تاريخية معاصرة

Nafi M. Shehab, MD.

د. نافع محمود شهاب

The word tonsil comes from the Latin tonsilla, which means mooring post.¹ The Dutch, French, Germans, Italians, Portuguese and Spanish call the tonsils amygdala from the Greek word for almond.¹ Next to circumcision, tonsillectomy is believed to be one of the oldest surgical procedures.² What we call the gross anatomy of the tonsils has been known for over 2500 years.³ About 450 B.C., Hippocrates, a most careful clinical observer, describing acute infection of the tonsils, said:

"Ulcerations that recur on the tonsils are dangerous. When children have considerable ulcerations of the tonsils if they can drink it is a sign they can recover, if they could not drink it is not a good sign. The formation of a membrane like a spider's web is a bad sign." This description could be that of a case of acute tonsillitis or diphtheria. Both were extremely serious, as the usual treatment consisted of frequent bleeding of the patient, purgation, shaving of the head, and the application of fomentation to the throat.³

A Roman nobleman called Celsus who wrote in a medical encyclopedia about 30 A.D gave one of the earliest descriptions of tonsillectomy: "They can be removed with the finger nail." If this not possible, he advised that they should be grasped with a hook and pulled out and excised with a bistoury. Afterward he advised that the wound be washed with vinegar to control the bleeding.^{3,4} The operation of tonsillotomy, as distinct from tonsillectomy, and meaning removal of that part of the tonsils that can readily be seen was obviously much easier and very much safer. Unfortunately remnants tend to regrow and become infected again.^{3,4} However this operation of tonsillotomy was described by Archaisius who lived in Constantinople from 500-550 A.D. He wrote: "The

tonsil is pulled forward by a hook, and the projecting part cut off with a knife, but the incision must include only the prominent portion, as there is a danger of hemorrhage if the gland is incised too deeply.^{3,4}

Abu Kasim Al Zahrawi (936-1013 A.D.) was the first to design a peculiar guillotine for tonsillectomy, which was still in use until the middle of the 20th century. Moreover, he terrifically described his own experience with tonsillectomy and the instruments he used in chapter 36 of "Al-Tasreef" book.⁵

It would be unjust to criticize the surgeon for carrying out such a deliberately incomplete operation, as this procedure had to be undertaken without the help of general anesthetics. Ether and chloroform were not available until 1846 and 1847 respectively. Also the arrest of hemorrhage called for heroic measures on the part of the operator and great fortitude on the part of the patient.³

By the middle of the seventeenth century, Richard Wiseman, who was the surgeon to King Charles II, had described his method of removing the tonsils in his *Chirurgical Treatise*. He wrote: "The tonsil is pulled out as far as possible and a ligature tied around its base; the tonsil is then excised." By this method, he controlled the bleeding before removing the tonsils and the operation must have been rendered very much safer.^{3,4} Ligaturing of the base of the tonsils was widely used without excision. Daily tightening eventually led to the tonsils falling off, a principle still used today for the "home cure" of warts.³

One of the first surgeons to design an instrument specifically used for tonsillectomy was a French surgeon called Joseph Desault (1745-95).³ It was a



renamed, and adopted female attitudes and social standing. Three patients refused any mode of counseling, and their guardians demonstrated unpleasant feelings towards medical personnel and went away. One patient ran away. Three patients underwent some sort of surgery. Two of them underwent bilateral orchiectomy. One case of exstrophy of the bladder who presented very late with malignant changes underwent cystectomy with salpingoophorectomy, total hysterectomy, and diversion of urine to the rectum.

According to social background, we assessed the impact of this ordeal upon the both patients and the parents. We found that the most common impact was psychological upset and depression. One patient made a suicidal attempt, and, in another, the parents refused to accept the facts and instituted a slander and defamation suit against the medical personnel. One of the most difficult moments occurred in a patient who was wrongly raised as a male. This patient was a true female with menstruation. When the mother stated that she had noticed this previously, the father divorced her

on the spot. The couple later reconciled. One case of frank psychosis was diagnosed. Most of the patients became introverted. We provided psychological help and religious support to all patients.

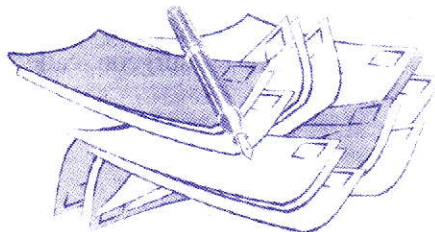
Most of our patients were delivered by midwives who were not supervised by doctors. Even so, half or more were subjected to some sort of clinical examination by a doctor for the common diseases, but none of the practitioners spotted these ambiguities. Mothers in our series apparently concealed their own feelings that these children were not normal.

CONCLUSION

- 1-Wrong sex assignment is not an uncommon problem in our community.
- 2-Delivery by unsupervised midwives may delay early detection of ambiguity
- 3-Most of the cases presented with problems other than those related to abnormal sex
- 4-Family disintegration and depression were common following incorrect assignment

REFERENCES

1. Thyen U, Richter Appelt, et al. Deciding gender in children with intersex condition *consideration and controversies* Eur J Paediatr Surg 2004 Oct 14(5) 297-302.
2. Ahmed SF, Morrison S, Hughes IA. Intersex and gender assignment; the third way? Arch Dis Child (England), Sep 2004;89(9) 847-50.
3. Hyun G, Kolon TF. A practical approach to intersex in the new born period. Urol Clin North Am 2004 Aug 31(3):475-43.
4. Hines M. Psychosexual development in individuals who have female pseudohermaphroditism. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am (United States), Jul 2004,13(3):641-56.
5. Hester JD. Intersex (es) and informed consent, how physician rhetoric constrains choice Theor Med Bioeth. 2004(1): 21-49.
6. Yamauchi T. Diagnosis and treatment of gender identify disorder. Nippon Rinsho 2004 Feb 62 (2) 659-64.
7. Sax L. How common is intersex? a response to Anne Fausto-Sterling. J Sex Res (United States), Aug 2002, 39(3):174-8.
8. Wisniewski AB, Migeor CJ. Gender identify/role differentiation in adolescents affected by syndrome of abnormal sex differentiate. Adolesc Med 2002; Feb(1):119-28.
9. Gupta DK, Menon PS. Ambiguous Genitalia an Indian perspectives Indian J Paediatr 1997 Mar Apr 64(2):189-94.
10. Viain E. Anomalies of human sexual development. Clinical aspect genetic analysis. Novartis Found Symp 2002; 244: 43-53. discussion 53-6, 79-85, 253-7.
11. Lee PA A perspective on the approach to the intersex child born with genital ambiguity. J Pediatr Endocrinol Metab 2004 Feb;17(2):133-40.



Mode of treatment	No. of patients	%
Surgical gonadectomy	3	33.3
Accepted reassignment	2	22.3
Refused any mode of treatment	3	33.3
Escaped	1	11.1
Total	9	100

Table 3. Summary of outcomes of the nine cases.

DISCUSSION

Disorders of human sex determination result from malformations of the external and internal genitalia. These malformations may vary from sexual ambiguity to complete sex reversal (XY female-XX male). Most of the knowledge of the molecular mechanisms involved in the mammalian sex determination pathway has been derived from the genetic analysis of intersex patients. Clinical management of these conditions critically depends on a precise understanding of the pathophysiology.^{10,11}

Most of the cases in our series did not receive counseling because of inappropriate gender assignment; rather they sought medical advice for other medical problems. Cyclical pain was the presenting symptom in three of the genetic female cases.

On subtle cross examination and by detailed history taking, we found that the problem was quite distinctive at the onset of menarche but only 50% presented with overt bleeding. The bleeding itself was usually scanty. One of the patients had excessive bleeding and she claimed that it was traumatic.

All of the living mothers of these patients felt some suspicions of their femininity, yet, none disclosed this to the father. One of the patients described to her mother that this was like the menses of a female and she was harshly reproached.

Two patients were brought to the hospital because of failure to circumcise them. One of them actually was admitted and declared to be "circumcised from heaven." Later, a hospital employee brought him for examination because he was his nephew.

Other causes of presentation included infertility, bladder exstrophy, and attempted suicide. One case of

cyclical pain and abdominal mass was later confirmed to be a seminoma. The saddest presentation in our practice was one of failure to conceive. A couple had lived together harmoniously for five years. On examination, the female had only a small blind introitus, a remnant of excised hypospadiac phallus, and flat breasts. It was clear that this was cryptorchidism. Astonishingly, both testes were present in the external inguinal rings. The patient had avoided medical help for years. Orchiectomy was performed for her by a surgeon who sent the pictures to us. Later we learned that the couple separated for religious reasons. None of the patients presented because of sex abnormality.

Four cases were dealt with in the operating theatre. Two were discovered during laparotomy for acute abdominal pain. One case was perforated appendix, and the other was a twisted ovarian cyst. There was one case of seminoma and one case was bleeding from a circumcision. The difficulties in dealing with these unsuspected problems during an emergency were tremendous.

We did not endeavor to do a reassignment at that time. We waited until the results of biopsies from the gonads were received and the families could be present and fully informed in the decision-making.

Sonography was done for all patients with genitography and cystoscopy for detection of a hymen with 17 French sheaths. These two methods with the clinical survey might be the only possible available methods in the tropics, but there were many subjective errors in them.

Buccal smear was done for all. It was not so informative. Genetic analysis was done for only two patients only because of the inaccessibility of the test.

We estimated the sex drive of all patients, as it is clear that the emotional drive of the patients towards having sexual relations with the other sex, cross attraction and affection, or to be alienated from one sex is difficult to clarify because of the cultural upbringing and social oppression. But we could determine that more than half experienced cross attraction by means of tactful and private conversations with the patients.

Two patients accepted the reassignment to female. Subsequently, they changed their residence, were



All patients underwent sequential investigation including U/S, laparoscopy, sex analysis, buccal smear and/or chromosomal analysis in one patient.

All patients or guardians were involved in the evaluation procedures. Once the clinical examination raised the problem, the patients or guardians preferred to be involved in the discussion and counseling. The introduction of the issue was done gradually in the hope of preventing psychological trauma. Noninvasive procedures like U/S and/or CI were used to identify the internal organs in all cases. A laparotomy was done for two cases incidentally because of acute appendicitis. Laparoscopy was used in another case. Cystoscopy was used to evaluate the presence of well developed vagina and hymen. Our protocol places a priority on reassigning the individual to his correct sex and to facilitating his social acceptance.

Surgery was done for those with coincidental problems such as seminoma and acute abdomen. Consent and agreements were taken from patients, guardians and partners if applicable. Religious issues

were managed with the assistance of the institutions concerned.

The emotional state of the patient warranted as much consideration as the physical state. An attempt was made to offer a clear explanation to each patient on all aspects of the individual problem in order that he have sufficient insight and knowledge to assist in the formulation of the decisions without feeling pressured. We attempted to avoid constructing leading advice. In cases of cryptorchidism, we advised surgery as normal.

RESULTS

The cases of the nine patients included in this study are summarized in Table 1. There were six individuals who had been raised as male and three as female. The psychological impact of gender errors in the nine patients is summarized in Table 2. The outcomes of the nine cases are summarized in Table 3. Three formally refused any treatment and one fled the hospital, *i.e.* four of the nine patients could not be treated. In addition, seven of the nine were depressed and one was suicidal. Divorce and separation occurred. One patient became psychotic.

No.	Age	Rearing	Actual sex	Cause of presentation	Emotional drive	Birth attendance
1	13	Male	Female	Cyclical pain	Female	Traditional
2	14	Male	Female	Recent UTI, pain	None	Hospital
3	30	Female	Male Cryptorchidism	Infertility	None	Midwife
4	15	Male	Female	Extrophy	Female	Hospital
5	30	Male	Female	- Cyclical pain - Psychosis	Female	Midwife
6	5	Female	Male Cryptorchidism	Excessive bleeding of circumcision	None	Midwife
7	24	Female	Male	Seminoma	Male	Midwife
8	22	Male	Female	Suicidal, cyclical pain	Male	Midwife
9	13	Male	Female	Cyclical pain	Female	Midwife

Table 1. Summary of nine patients found to have been assigned incorrect gender.

Impact	No. of patients	%
Depressive	7	77.7
Refusal of the fact	2	22.3
Suicidal attempt	1	11.1
Divorce	1	11.1
Religious separation	1	11.1
Psychosis	1	11.1
Claiming a case of defamation against a doctor	1	11.1

Table 2. Psychological profile of the nine patients with inappropriate gender assignment.



الخلاصة: شوهدت أكثر حالات التحديد الخاطئ للجنس بسبب اضطرابات أخرى. وهذه المشكلة تسبب تفككاً أسرياً واكتئاباً.

INTRODUCTION

Sex assignment of children with ambiguous genitalia remains a difficult decision for the families involved and is subject to controversy among professionals and self help groups. Although systematic empirical data on outcome of functioning and health related quality of life are sparse, anecdotal evidence from case series and individual patients about experiences in health care suggests traumatic experiences for some.¹

The birth of a new baby is one of the greatest wonders of nature and one of the most exciting events known to man. The first question usually posed by the mother or father is whether the baby is a boy or a girl. Without this information, the new parents cannot even formulate the second question, whether the baby is healthy. It is no wonder that the birth of the child with complex genital anomalies, where the sex of rearing is uncertain at birth, presents difficult clinical and ethical issues.²

Sex determination is a complex process that occurs in an organized sequential manner. When chromosomal, gonadal, or phenotypic sex determination goes awry, intersexuality develops. Advances in molecular biology have made it easier to understand the various phenotypes that are encountered.³ Congenital adrenal hyperplasia, the most common cause of intersex genitalia at birth, is covered as are Turner syndrome and syndromes in which XY infants who are born with undervirilized genitalia are assigned and reared as girls (androgen sensitivity syndrome and cloacal exstrophy).⁴

Changes in sex-typical play behavior in childhood are larger than in sexual orientation or core gender identity.⁴

When a child is born with ambiguous genitalia it should be declared a psychosocial emergency. The policy first proposed by John Money and adopted by the American Academy of Pediatrics requires determination of the underlying conditions, selection of gender, surgical intervention, and a commitment by

all parties to accept the assigned sex of the patient to be completed no later than 18-24 months.⁵

According to *DSM-IV* criteria, gender identify disorder (GID) is characterized as follows: 1) strong, persistent cross-gender identification; 2) persistent discomfort with one's assigned sex or the sense of inappropriate gender role; and 3) the condition is not due to an intersex condition.⁶ The term intersex should be restricted to those conditions in which chromosomal sex is inconsistent with phenotypic sex or in which the phenotype is not classifiable as either male or female.⁷

Adolescents with abnormal sexual differentiation or intersex conditions present a unique challenge to their health care provider. While sex refers to the biologic considerations that specify a person as male or female, gender refers to the sex assigned for rearing.⁸

Ambiguity of the genitalia in the newborn remains a poorly understood subject and even postgraduate teaching programs neglect the subject. There is also no chapter "without tears" both on the matter of proper management and on the amelioration of the difficult social problems experienced by parents.⁹

The objective of this study was to estimate the impact of inappropriate gender assignment on patients, to study the presentation and management of these cases, and to detect location of the error in gender assignment.

METHODS

This is a descriptive cross sectional study conducted at the Gezira Hospital for Renal Diseases and Surgery. Data was retrieved from our hospital records and other nearby hospitals for the previous ten years. Nine patients were included in this study. These were the only patients who satisfied our criteria of intersex, *i.e.* those conditions in which chromosomal sex was inconsistent with phenotypic sex or in which the phenotype was not classifiable as either male or female.



WRONG SEX ASSIGNMENT PEARLS AND PERILS OF OUR EXPERIENCE

التحديد الخاطئ للجنس الإيجابيات والسلبيات في تجربتنا

Mohammed El Imam, MD, Mustafa Omran, MD, Samy Elderderi, MD,

Mohammed ElHassan, MD, Nugud F, MD.

د. محمد الإمام، د. الحسن محمد الحسن، د. مصطفى عمران، د. سامي الدريدي، د. فيصل نقد

ABSTRACT

Background & Objectives: Sex reassignment in the adult patient remains a challenging issue both for patients and practitioners with significant ethical, social, and biological impacts. The aims of this study were to estimate the impact of incorrect gender assignment in Sudanese patients, to evaluate the presentation and approach to management of rearing such individuals, and to detect the location of the error in the incorrect assignment of gender in our practice.

Methods: This was a descriptive cross sectional study conducted at the Gezira Hospital for Renal Diseases and Surgery (GHRDS). Data were also collected from other nearby hospitals.

Results: Nine patients were included in this study in the last ten years. Six were wrongly reared males and three were incorrectly raised as females. Two cases were reassigned to the appropriate sex, three underwent surgery, three refused any treatment, and one ran away. The commonest presentations were cyclical pain and abdominal pain and/or masses. Delivery by a midwife is an obstacle to early detection of sexual ambiguity

Conclusions: Most of the cases of wrong sex assignment presented with problems unrelated to incorrect sex assignment. Family disintegration and depression resulted from this incorrect assignment.

ملخص البحث

خلفية وهدف الدراسة: إن إعادة تحديد الجنس لدى المرضى البالغين يشكل تحدياً لكل من المرضى والأطباء الممارسين مما له من تأثيرات أخلاقية واجتماعية وحيوية. تهدف هذه الدراسة لقياس تأثير التحديد الخاطئ للجنس لدى المرضى السودانيين، وتظاهراته وطرق تدبيره، ومعرفة أسبابه.

طريقة الدراسة: أجريت دراسة وصفية متصالبة في مشفى الجزيرة لأمراض الكلى والجراحة في السودان. وقد تم جمع المعلومات من المشافي المجاورة أيضاً.

النتائج: ضمت الدراسة 9 مرضى خلال السنوات العشر الأخيرة؛ كان 6 منهم قد اعتبروا ذكوراً بشكل خاطئ، بينما اعتبر ثلاثة آخرين إناثاً. أعيد تحديد جنس اثنين منهم وأجريت جراحة لثلاثة مرضى، بينما رفض ثلاثة آخرون أية معالجة، واختفى أحد المرضى. كانت التظاهرات الأكثر شيوعاً هي الآلام الدورية وآلام البطن و/أو وجود كتل. إن الولادة من قبل القابلات تشكل عائقاً أمام كشف تحديد الجنس الخاطئ.

JABMS 2006;8(1):36-40E

*Mohammed ElImam, MD, Urologist, Faculty of Medicine, Gezira University, Medani, Sudan P.O.Pox 20, E-mail: mohammedimam@hotmail.com

*Mustafa Omran, MD, Urologist, Faculty of Medicine, Gezira University, Sudan.

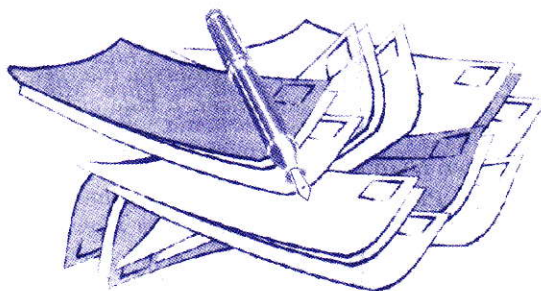
*Samy Elderderi, MD, Surgeon, Faculty of Medicine, Gadarif University, Sudan.

*Mohammed ElHassan, MD, Gynecologist, Faculty of Medicine, Gezira University, Sudan.

*Nugud F, MD, Pediatric Surgeon, Faculty of Medicine, Gezira University, Sudan.



17. Bedikian A. Survey of alimentary malignancies at King Faisal specialist hospital and research center. *Ann Saudi Med*, 1987; 7(4) : 277-81.
18. Shawky A, Rezk M, Ali MM, Rashad H, Shadid N. Colorectal carcinoma before and after the age of forty years : Clinicopathological study. *New Egyptian J Med*, 1992;6; 1980-73.
19. Al-Bahrani ZR, Al-Khateeb A, Degayi O, Butrous GZ. Cancer of colon and rectum in Iraq. *Proctal Gastroenterol Colon Rectum Surgery*, 1980; 31: 20-2.
20. Koriech OM, Al-Kuhaymi R. Profile of cancer in Riyadh armed forces hospital. Internet file://A:\ccr-6.htm,1994; p 1-16.
21. Sanfelippo PM, Oliver HB. Carcinoma of the colon in patients under forty years of age. *Surgery, Gynoeology and obstetrics*, 1974; 138:169.
22. Mahboubi E. Cancer epidemiology in Saudi Arabia. *Ann Saudi Med*, 1987; 7(4): 272.
23. Mohamed AR, Al-Karawi MA, Hanid MA. Lower gastrointestinal tract pathology in Saudis : results of endoscopic biopsy findings in 1.600 patients. *Ann Saudi Med*, 1987; 7(4) : 306-11.
24. Rabadi SJ. Cancer in Dhahran health center, Saudi Arabia. *Ann Saudi Med*, 1987, 7(4) : 288-2.
25. Al-Nauymi WMT. Cancer in Ninevah province : a five year study, *Iraqi Med J*, 2000, 50(1) : 87.
26. Hisham A. Colorectal cancer in Nineveh province, [MSc thesis] Department of Pathology, College of Medicine, University of Mosul, 1986.
27. Ashenafi S. The frequency of large bowel cancer as seen in Addis Ababa University, Pathology department. *Ethiop-Med. J*. 2000; 83(4):277-82.
28. Cancer Research UK: incidence <http://www.cancerresearchuk.org/aboutcancer/statistics/incidence?version=1>.
29. Al-Ramadani AH, Ismail AM. Cancer in Mosul, Incidence and Mortality. Results of Mosul cancer registry. *Mosul Continuing Medical Education Center* 2000; series 5.
30. Majeed AMA. Cancer in Ninvah province *Ann Coll Med Mosul*. 1982; 13; 9-20.
31. Al-Saleem T and Alash N. Cancer in Iraq. Analysis of 5838 cases 1977: *Iraqi Med J*. 25; 14-16.
32. Al-Fouadi A and Parken DM. Cancer in Iraq seven year data from Baghdad tumour registry. *Int J Cancer*, 1984: 34; 207-213.
33. Dajani YF, Kamal FA. Colorectal cancer in Jordan : A 6-years review. *Jordan Med J*, 1978; 13: 68-77
34. Anderson MD. African-Americans More Likely to Die of Colorectal Cancer Than Any Other Racial group. <http://www.mdanderson.org/diseasescolorectalNdisplay.cfm?id=FA6634BA>



obstruction which necessitates rapid intervention, abdominal pain or other symptoms. In addition, fecal transit time throughout the large intestine tends to allow more contact time for the fecal stream with distal colon and rectal mucosa.³⁰

Histologically, adenocarcinoma, including the mucinous variant, was the most common colorectal malignancy (94.9%). This figure is comparable to other studies in Iraq,^{15,19,25} Riyadh Central Hospital,²⁰ Jordan,³³ and the United States.²¹

Finally the incidence of CRC in our locality may be increasing, especially since the life style is rapidly becoming more westernized (i.e. high fat, low fiber diet) or could be attributed to exposure to the easily ingested and/or inhaled depleted uranium^{7,9} used in ammunition during the 1991 Gulf War.

CONCLUSION

Health services should work to eliminate hazardous

environmental factors, modifying dietary habits and screening high risk population for precancerous conditions even in young adults, especially those with positive family history and those who present with "warning signals of cancer" of the colon and rectum, change in the bowel habits, abdominal pain or distension, unusual rectal bleeding with/ or without weight loss. These symptoms should not be regarded lightly simply because the patient is young, as any delay in the diagnosis leads to an unfavorable prognosis. Bleeding per rectum should always raise the suspicion of cancer even though it infrequently will be the cause. Colonoscopy may be one approach recommended for evaluation of such patients especially those with positive faecal occult blood test. Finally, better public health education about CRC is essential because this type of cancer is not only preventable, but it is 90 percent curable if treated early.

REFERENCES

1. A National Cancer Institute Designated Comprehensive Cancer Center (NCL) (CCC). University of Pittsburgh Cancer Institute (UPCI). Epidemiology-About colon cancer. Internet, file ://A:\ccr.htm, 2002.
2. Kumar V, Cotran RS, Robbins SL. In: Robbin's Basic Pathology. W. B. Saunders Company, 1997; pp 508-11.
3. Demers RY, Severson RK, Schottenfeld D and Lazar L. Incidence of adenocarcinoma by anatomic subsite. *Cancer*, 1997;79;No.3:441-7
4. Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC. Principles of surgery. McGraw-Hill, 1988; p 1270.
5. El-Shiekh M, Al-Karawi MA, Koreicnom. Incidence of colorectal cancer and colonic polyps in Saudi patients. *Ann Saudi Med*, 1990; 10: 19-21.
6. Taylor I. Colon polyps and colon cancer. *Med Int. (Middle east)* 1986; 26: 1063-9.
7. Toronto LB, Detroit RB, Tsav GG et al. Prevention of colorectal cancer: Tumour progression chemoprevention, and cox-z inhibition. *Gastroenterology*, 2000; 119: 267-72.
8. Al-Shehri MY, Abu-Eshy SA, Ajao GG et al. Colorectal carcinoma : Review of 63 cases at Asir Central Hospital. *Emirates Med J*, 1996; 14:21-26 .
9. Hyland J. NATO Admits to use of radioactive Munitions in Yugoslavia. Internet, 2000, file: //A:\ccr-3.htm, page 1-3.
10. Wanebo HJ, Fang WL, Mills AS, Zfass AM. Colorectal cancer, a blue print for disease control through screening by primary care physicians. *Arch Surg* 1986;121:1347-1352.
11. Axon AT. Screening for colorectal cancer. *IJGE* 2002; vol. 1:6-9.
12. Moarad N, Khan AR, Al-Saigh AZ et al. Pattern of primary gastrointestinal tract cancer in the southern province. *Ann Saudi Med*, 1992; 12: 259-68.
13. El-Helal ThA, Bener AB, Galadari I. Pattern of cancer in the United Arab Emirates <http://www.kfshre.edu.sa/annals175\97.022r.html>
14. Bedikian A, Bakhsh K, de Niord R, Akkad S. Colorectal carcinoma during the first four decades of life. *Ann Saudi Med*, 1987; 7(4) :282-7.
15. Saddi R. The role of mucosal biopsy in the diagnosis of large bowel diseases, [MSc thesis]. Department of Pathology, College of Medicine, University of Mosul, 1989.
16. Dajani YF, Zayid I, Jalian DA and Kamal MF. Colorectal cancer in Jordan and Nova Scotia, A comparative epidemiologic and histopathologic study. *Cancer*, 1980; 46:420-426.



Decades	Male		Female		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
2nd	4	2.8	5	5.5	9	6.3
3rd	12	8.4	16	11.2	28	19.6
4th	14	9.8	13	9.1	27	18.9
5th	19	13.3	19	13.3	38	26.6
6th	14	9.8	15	10.4	29	20.2
7th	11	7.7	1	0.7	12	8.4
Total	74	51.8	69	48.2	143	100%

NB. Unstated group is not included

Table 2. Frequency of colorectal cancer according to age (in decades).

	Total no. of all malignancies	No. of cancer cases of rectum
Kuwait (1974-1978)	808	9(1.11%)
	24.101	393(1.63%)
Iran (1981-1982)	7.247	150(2%)

Table 3.¹⁰ Incidence of carcinoma of the rectum in neighboring countries.

	% of all cancers	% of GIT cancers
Iraq ^(19,31,32)	0.9-1.4%	
Mosul ^(25,26,30)	3.2-4%	
Egypt ⁽¹⁸⁾	3.07%	22.7%
Jordan ^(16,33)	0.21%	21.58%
Saudi Arabia ^(5,8,12,17,20,22,23,24)	2.9-3.8%	
West ^(6,17,28)	10%	21%
Africa ⁽²⁷⁾	0.8%	75%

Table 4. Incidence of colorectal carcinoma compared to all cancers and gastrointestinal tract cancers in different studies

Adenocarcinoma including mucinous type formed 92.8% of the rectal carcinomas found, while the remaining 7.2% were squamous cell carcinoma.

DISCUSSION

Several studies from various regions in Iraq and nearby countries including Egypt, Jordan, Saudi Arabia and distant countries including the United States and Africa have been reported. In Iraq, colorectal carcinoma, constitutes only 0.9% of all cancers.¹⁹ Earlier reports from Mosul showed that

CRC formed 2.3%²⁹ of all cancer cases. In the nineties, the incidence of CRC increased to 10%,²⁵ that is to say it ranked third of the top ten cancers.

In Saudi Arabia, esophageal and primary liver cancers were the most common types followed by CRC which constituted 2.9 - 3.8%,^{5,12,17,20,22-24} and 21% of GIT cancers.⁸ In the United Arab Emirates, CRC is 14.9%;¹³ in Jordan, CRC forms 0.21% of all surgical biopsies of cancer.^{16,33} In Egypt, CRC constituted 21.58% of digestive system cancers and 3% of total malignancies reported,¹⁸ i.e. CRC is the most commonly diagnosed GIT malignancy regardless of age and this may be attributed to the high rate of infestation by *Schistosoma mansoni*.²³

In the west, CRC accounts for more than 75% of primary GIT cancers and 10% of all cancers.^{1,6,17,28} Colorectal cancer, once thought rare in Africans, is being seen more frequently; CRC constituted 0.8% of total cancer biopsies.^{27,33}

The age of highest incidence in the series of current study was between 51-60 years with a mean age of 49.8 years, which is similar to the finding from other reports in Iraq^{15,9,25,26,31,32} and nearby countries,^{8,12,13,16,18,33} but lower than that reported from the western countries.^{19,18,28}

Colorectal carcinoma before 40 years of age constitutes 25.5% of our cases. There are similar reports from Jordan,¹⁶ Egypt,⁸ and Saudi Arabia.^{5,14,17,28} This figure is higher than that reported from the West (8%).^{15,21} This is an important factor to be considered with regard to the importance of screening programs to evaluate the colon and rectum if the tumor is to be detected before it becomes symptomatic. Screening using fecal occult blood testing and colonoscopy may be another approach.^{7,10}

Another finding in this study is that CRC is more common on the left side of the colon (62.5%), which is similar to the previous study in Mosul^{15,25} and nearby countries^{8,16,33} and to that reported from western countries^{21,28} but differs from that reported from Nova Scotia,¹⁶ and in Africans and Americans.³ This could be attributed to increasing public awareness of cancer and the accessible use of flexible sigmoidoscopy in investigating patients with suspicious symptoms. In addition, left-sided colonic tumors may cause intestinal



الخلاصة: شوهدت زيادة ملحوظة في سرطان القولون والمستقيم في منطقة نينوى في العراق مقارنة بدراسات سابقة أجريت في الثمانينات، ويمكن أن تعزى هذه الزيادة إلى تبدل نمط العيش والغذاء إلى النمط الغربي، وتطور طرق الكشف. كما قد يكون للتعرض لليورانيوم المنضب أثناء حرب الخليج عام 1991 دور في هذه الزيادة.

INTRODUCTION

In the context of neoplastic diseases, cancer in the large bowel is the second most common cancer in women after breast cancer, and the third most frequently occurring cancer in men after cancers of the prostate and lung.¹⁻⁴ The peak incidence for colorectal cancer is 60-70 years of age, with 25.8% of cases occurring before the age of 40 years. When colorectal cancer (CRC) is found in young person, preexisting ulcerative colitis or one of the polyposis syndromes must be suspected.⁴⁻⁷ The ratio of large bowel cancer is about equal in men and women.^{1,2,4}

Worldwide, there is a wide variation in the incidence rates of colorectal cancer. These geographical differences, in addition to the changing pattern and incidence of the disease, suggest the complex interactions between environmental factors and genetic predisposition that occur during multistage carcinogenesis.^{2,4,7,8,9} Such factors were not studied in our locality.

METHODS

During a nine year period (January 1993 to January 2001), the histopathological reports of 162 patients who underwent surgical intervention were reviewed retrospectively. Non-neoplastic lesions were excluded e.g. non-specific inflammation, ulcerative colitis, tuberculosis, lymphangioma or juvenile polyps.

Data from Al-Zahrawi Teaching Hospital, Al-Salam General Hospital and some private laboratories were collected concerning age, sex, site of the lesion, histopathological type, lymph node involvement and tumor stage according to Duke's classification. The

results were tabulated in four tables and presented as percentage (crude relative) frequencies and/or absolute number. The results were compared to other reports.

RESULTS

A total of 162 patients with colorectal cancer who had undergone surgical intervention were reviewed

retrospectively. There were 80 males and 82 females. Ages ranged between 10-95 years with mean ages of 50.9 and 48.7 years for males and females respectively. Of the sampled patients, 42(25.8%) were under 40 years of age.

There were 148 cases of colonic carcinoma and 14 case of rectal cancer. Adenocarcinoma, including the mucinous variant, was the most common pathological type (94.52%) of colonic carcinoma; the rest (5.5%) include Burkitt and non-Hodgkin lymphomas and leiomyosarcoma. In addition, 72.2% of the patients with colorectal cancer presented with Duke's stage C tumor and 27.7% with Dukes stage A or B tumor. The age range for colonic malignancy was between 10-95 years with a male to female ratio 0.9:1. The peak age incidence was in the 5th decade for both males and females. The data are shown in Tables 1 and 2.

In the present series of patients, the right colon was involved in 37.5%, and the left colon was involved in 62.5%. Concerning rectal carcinoma, there were 14 cases, 10 males and 4 females, with male to female ratio 2.5:1. The ages ranged between 23-75 years with means of 50.2 and 48.8 for males and females respectively.

Age (years)	10-20		21-30		31-40		41-50		51-60		61-70		>70		Unstated		Total	
Sex	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f
Adenocarcinoma	0	2	3	5	12	16	12	13	18	18	14	14	11	1	4	11	74	80
Lymphoma	2		1				1										4	0
Leiomyosarcoma									1			1					1	1
Carcinoid										1								1
Squamous cell													1				1	

Table 1. Age and sex distribution for colorectal cancer according to histopathology.

(M: male, F: female)



THE PATTERN OF COLORECTAL CARCINOMA IN NINEVEH PROVINCE, IRAQ A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF 162 BIOPSIES

نمط سرطانة القولون والمستقيم في محافظة نينوى، العراق
تحليل راجع لـ 162 خزعة

Shatha Thanoon Ahmad, MD.

د. شذى دنون أحمد

ABSTRACT

Background & Objective: Colorectal cancer continues to be the most common cancer of the gastrointestinal tract in western countries. It is induced by environmental factors and genetic predisposition. The objective of this study was to describe the pattern of colorectal carcinoma in Nineveh province, Iraq, to define its relative frequency, and to compare the results with other studies.

Methods: The case files of patients who underwent surgical intervention over a nine-year period (January 1993 to December 2001) were reviewed. Data from Al-Zahrawii Teaching Hospital, Al-Salam General Hospital, and some private laboratories were collected concerning the age, sex of the patients, site, and histopathological type of the tumor. Some of the slides were examined; the results were arranged in tables.

Results: A total of 162 patients with colorectal cancer were reviewed during the study period. There were 80 men and 82 women, with a ratio of 0.97:1. The ages ranged between 10-95 years (mean 49.8 years); peak age incidence was between 51-60 years; however, 25.8% of the patients were below 40 years of age. Left sided colonic tumors were more commonly seen than right-sided tumors (62.5% vs. 27.5%). Adenocarcinoma was the commonest histopathological type (94.5%) and 72.2% of the lesions were in Duke's C stage.

Conclusion: There is a rising incidence of large bowel cancer in our locality compared to previous reports done in the 1980s. This rising incidence can be attributed to the change in diet to the western style, improved methods of diagnosis. It might also be induced by the exposure to depleted uranium in the Gulf war in 1991.

ملخص البحث

خلفية وهدف الدراسة: إن سرطانة القولون والمستقيم هي أكثر سرطانات الجهاز الهضمي شيوعاً في الدول الغربية، ويؤهب لها عوامل بيئية ووراثية. هذه دراسة تحليلية لحالات سرطانة القولون والمستقيم في محافظة نينوى في العراق، لبيان نسبتها مقارنة بأنواع السرطان الأخرى ودراسات أخرى في المنطقة أو في دول أخرى.

طريقة الدراسة: تمت مراجعة ملفات المرضى الذين أجريت لهم عملية استئصال القولون للفترة ما بين شهري 12/1993 و 12/2001. جمعت المعلومات من مستشفى الزهراوي التعليمي ومستشفى السلام العام ومن بعض المختبرات الخاصة، شملت العمر والجنس، وتوضع الورم ونوعه النسيجي، ووجود نقائل إلى العقد اللمفية. أعيد فحص بعض الخزعات النسيجية ونظمت النتائج في جداول.

النتائج: بلغ مجموع المرضى الكلي 162 مريضاً مصابين بسرطانة القولون والمستقيم خلال فترة الدراسة البالغة تسع سنوات؛ منهم 80 أنثى و 82 ذكراً (1:0.97). تراوحت أعمار المرضى ما بين 10-95 سنة (الوسطى = 49.8 سنة)، وكانت ذروة الإصابة بين 51-60 سنة، وبالرغم من ذلك كان 25.8% من المرضى المصابين تحت 40 سنة. كانت إصابة الجهة اليسرى أعلى من اليمنى (62.5% مقابل 27.5%). كانت غالبية الحالات من نوع السرطانة الغدية (94.5%)، وكان 72.2% من الحالات في المرحلة Duke's C.

JABMS 2006;8(1):31-5E

*Shatha Thanoon Ahmed, MD, Al Mousl University, Al Mousl, Iraq. E-mail: shatha_1961@yahoo.com.



There were 11 cases (9.8%) with chronic suppurative otitis media due to infected vomitus or a blood clot passing through the eustachian tube to the middle ear cavity. There were 2 patients (1.8%) with bronchopneumonia due to inhaled blood clots, secretions, and vomitus.

There were 6 patients with traditional tonsillectomy only on one side (5.4%). The reason was that the patients refused to do the other side due to pain or hemorrhage, or the traditional healer himself recommended the removal only of the painful side.

In our study, 20.5% of the patients underwent traditional tonsillectomy without valid indications. The reasons given for the traditional procedure included one attack of acute tonsillitis and other diseases such as adenoiditis and pharyngitis. In some areas, patients or guardians consider the arrival of the traditional healer as an opportunity. For that reason, they collect

a group of children to undergo traditional tonsillectomy even without any indications.

Of our surgical interventions, 7.1% were septoplasties and 2.7% were adenoidectomies. These patients came to us with a clinical picture of nasal obstruction, but they had incomplete removal of the tonsils as a complication of traditional tonsillectomy, which was not indicated.

CONCLUSION

The age group of the highest incidence of traditional tonsillectomy complications was between 16-25 years. The most common complications of traditional tonsillectomy were bilateral incomplete removal, primary hemorrhage, and otitis media. In this study, poverty, illiteracy, and inaccessible health services were the main reasons that Yeminei patients underwent traditional tonsillectomy.

REFERENCES

1. Randall DA, Parker GS and Kennedy KS. Indications for tonsillectomy and adenoidectomy. *American Family Physician* 1991 Nov, 44(5):1639-46
2. Widfuhr JP and Chen YS. Incidence of post tonsillectomy hemorrhage in children and adults: a study of 4,848 patients. *Ear Nose Throat J* 2002 Sep; 81 (9): 626-8.
3. Darrow DH and Siemens C. Indication for tonsillectomy and adenoidectomy. *Laryngoscope*. 2002 Aug; 112 (8pt suppl 100): 6-10
4. Bhattacharyya N. Evaluation of post tonsillectomy bleeding in the adult population. *Ear Nose Throat J*. 2001 Aug; 80 (8): 544-9.
5. Raut V, Bhat N, Kinsella J, Toner J G, Sinnathuray AR. Bipolar scissors versus cold dissection tonsillectomy: A prospective, randomized, multiunit study. *Laryngoscope* 2001 Dec; 111 (12): 2178-2182.
6. Belloso A, Chidambaran A, Morar P and Timms MS. Coblation tonsillectomy versus dissection tonsillectomy: Postoperative hemorrhage. *Laryngoscope* 2003 Nov; 113 (11): 2010-3
7. Collison PJ and Mettler B. Factors associated with post tonsillectomy hemorrhage. *Ear Nose Throat J* 2000 Aug; 79 (8): 640-2.
8. Elshennawy M. *El Shennawy's manual of otolaryngology*, second edition 2000: Al Ahram Commercial Press. Kalyoub, Egypt. 357-361
9. Randall DA and Hoffer ME. Complications of tonsillectomy and adenoidectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1998 Jan; 118(1): 61-8.
10. Tywonzuk Szulc M, Bujnowski T and Kibilda B. Parapharyngeal phlegmon as a complication after tonsillectomy. *Otolaryngol Pol* 2004; 58(3):645-7.
11. Richter G and Murrow BW. Tonsils and adenoids. In: Jafek BW and Murrow BW. *ENT secrets*. Second edition 2001: Hanley and Belfus, Inc. Philadelphia. 437-442.
12. Lee KC, Bent JP, Dolitsky JN, Hinchcliffe AM, Mansfield EL, White AK, et. al. Surgical advances in tonsillectomy: report of a round table discussion. *Ear Nose Throat J* 2004 Aug; 83 (8 suppl 3): 4-13; quiz 14-5.
13. Jeppsson A, Tesfu M and Persson LA. Health care providers' perceptions on harmful traditional health practices in Ethiopia. *Ethio J Health Dev* 2003; 17 (1) 35-44.
14. Abdullah MA. Traditional practices and other socio-cultural factors affecting the health of children in Saudi Arabia. *Annals of Tropical Paediatrics* 1993; 13: 227-232.
15. Babiker SA, Alhumaedi NA and Al-Malahi AA.
16. Central Statistical Organization. *Yemen in figures 2003*. 2004 Jul. CSO Sana'a.



Age group	Males		Females		Total	
	No	Percent	No	Percent	No	Percent
15 years and below	12	18.5%	8	17.5%	20	17.8
16 - 25 years	32	49.2%	34	72.4%	66	59%
26 years and above	21	32.3%	5	10.6%	26	23.2%
Total	65	58%	47	42%	112	100%

Table 1. Age and sex distribution of patients with complications of traditional tonsillectomy.

Complication	No	Percent
Primary hemorrhage	13	11.6%
Secondary hemorrhage	7	6.2%
Bronchopneumonia	2	1.8%
Otitis media	11	9.8%
Peritonsillar abscess	5	4.5%
Parapharyngeal abscess	2	1.8%
Cervical lymphadenitis	3	2.7%
Injury of the pillars	5	4.5%
Injury of the soft palate and uvula	5	4.5%
Injury of the tongue	2	1.8%
Injury of the posterior pharyngeal wall	2	1.8%
Nasopharyngeal stenosis	1	0.9%
Bilateral incomplete removal of the tonsils	97	86.6%
Unilateral incomplete removal of the tonsils	10	8.9%

*Patients may present with more than one complication .

Table 2. Complication of traditional tonsillectomy (n=112).*

Interventions	No	Percent
Bilateral retonsillectomy	62	55.4%
Unilateral retonsillectomy	10	8.9%
Tonsillectomy one side, retonsillectomy in another side	6	5.4%
Adenoretonsillectomy	6	5.4%
Adenoidectomy	3	2.7%
Septoplasty	8	7.1%
Peritonsillar abscess incision	5	4.5%
Parapharyngeal abscess incision	2	1.8%

*Patients may have more than one surgical intervention.

Table 3. Surgical interventions for the complications of traditional tonsillectomy (n = 95).*

Some (14.3%) patients arrived at the hospital in the first 24 hours. This group had acute complications due to non-stop primary hemorrhage, which placed the patient and relatives in a state of panic. The traditional healers could not intervene in these cases. In addition, a few patients had trauma to the tongue, tonsillar pillars, soft palate, and uvula, which caused severe pain and bleeding.

The current study revealed that primary hemorrhage occurred in 11.6% of those who presented for attention after traditional tonsillectomy. This percentage is higher than that (0.7 -2.1%) reported in surgical tonsillectomy.^{4,5} This high proportion could be

attributed to operating during acute tonsillitis, aggressive technique with dissection which may lead to injury of other organs *e.g.* palate, pillars, posterior pharyngeal wall, and tongue. Other causes include operating on cases with hemorrhagic blood diseases and failure to employ ligation of bleeding sites, suturing, or cautery as hemostatic procedures.

Secondary hemorrhages (6.2%) were also more frequent compared to those reported elsewhere in surgical interventions (0.95%-2.25%)⁶ and (3.7 %).⁷ That may be due to absence of postoperative care, use of unsterile instruments, and the fact that antibiotics were not administered.



Ninety-four patients (83.9 %) were rural residents, while 18 (16.1 %) were urban inhabitants. In terms of income, 101 (90.2%) reported low income, 8 (7.1%) reported medium income, and only 3 (2.7%) were well to do. In terms of education, 77 (72.6%) of the patients' fathers were illiterate while 25 (23.6%) had completed primary education and only 4 (3.8%) had completed secondary education.

Twenty-two (19.6%) cases came from inaccessible areas. As for presentation after traditional tonsillectomy, 65 (58%) patients reached the hospital 1 year or more after surgery, while 18 (16.1%) patients presented between 15 days and one year. Only 16 (14.3%) presented in the first 24 hours, and 13 (11.6%) presented between 25 hours and 15 days.

In terms of complications of the traditional procedure, 97 (86.6%) came with bilateral incomplete removal of the tonsils, 10 (8.9%) with unilateral incomplete removal, and 13 (11.6%) had primary hemorrhage, Table 2.

There were 11 (9.8%) patients with chronic otitis media. All of them had a clear history of acute suppurative otitis media in the first week after the traditional tonsillectomy.

The indications for tonsillectomy were varied. Only 66 (68%) patients had complained of recurrent attacks of acute tonsillitis. Of the 18 (16%) patients who complained about nasal obstruction, 9 (50%) were due to adenoids, 8 (44.4%) were due to deviated nasal septum, and 1 (5.6%) had adhesions between the posterior wall of the pharynx and palate (nasopharyngeal stenosis).

There were 10 (8.9%) patients with successful complete unilateral tonsillectomy. All of them had complained of chronic tonsillitis. There were only 5 (4.5%) cases with successful complete bilateral tonsillectomy.

There were 6 (5.4%) patients who had traditional tonsillectomy only on one side. Traditional tonsillectomies were performed without indications in 23 (20.5%) cases. Regarding surgical interventions, we did bilateral retonsillectomy for 62 (55.4%), unilateral re-tonsillectomy for 10 (8.9%), septoplasty for 8 (7.1%) and tonsillectomy on one side and

retonsillectomy on the other side for 6 (5.4%), as shown in Table 3. For the 107 patients (95.5%) with bilateral and unilateral incomplete removal of the tonsils, we did retonsillectomy for only 84 (78.5%) including the patients with primary hemorrhage. Of 13 (11.6%) patients with primary hemorrhage, 8 (61.5%) had urgent retonsillectomy, and 5 (38.5%) had conservative treatment. One of these (0.9% of all patients, 7.7% of patients who had primary hemorrhage) expired due to hypovolemic shock. Of 11 (9.8%) cases with chronic suppurative otitis media we did adenoretonsillectomy for 6 (54.5%) and adenoidectomy for 3 (27.3%). For the 5 (4.5%) patients who had peritonsillar abscess and 2 (1.8%) who had parapharyngeal abscess, we did incision and drainage. Retonsillectomy was performed after one month. We did our operations under general anesthesia except for the cases of peritonsillar and parapharyngeal abscesses, which were performed under local anesthesia. The 2 (1.8%) patients with bronchopneumonia were referred to the medical department. Six patients (5.4%) preferred traditional tonsillectomy due to a dislike of the routine (long appointment time and expensive investigations) in the hospitals.

DISCUSSION

The highest incidence of traditional tonsillectomy complications (59%) was found among patients aged between 16-25 years. This age group may have gained enough health awareness to seek medical care for complications of traditional tonsillectomy. In addition, of this age group, most would be employed and have access to health care.

More than half of the patients with traditional tonsillectomy complications (58%) presented one year or more after the procedure. The reasons for this delay are multifactorial. In our study, most (90.2%) of the patients were poor. The GDP per capita in Yemen is 517 USD;¹⁶ thus, poverty was an important factor.

Parental illiteracy was found in 72.6%. This is greater than the national rate of illiteracy (47.0%).¹⁷ In addition, the reasons which persuaded the patient or his guardian to do traditional tonsillectomy are the same reasons that caused the delay in seeking attention for the complications.



وكان الاستئصال غير الكامل للوزنتين والنزف الأولي والتهاب الأذن الوسطي هي أغلب المضاعفات المشاهدة. كانت الأسباب الرئيسية للتعرض لهذا الإجراء هي الفقر والجهل ووعورة مكان الإقامة وبُعد الخدمات الصحية.

INTRODUCTION

Tonsillectomy is the most frequently performed surgical procedure in otorhinolaryngology, but it has specific indications.^{1,2,3} Tonsillectomy has serious complications such as primary hemorrhage,^{4,5} secondary hemorrhage,^{6,7} incomplete removal of the tonsils,⁸ infections,^{9,10} etc. Complications from tonsillectomy can include death.^{11,12}

In some countries, different traditional surgical procedures, including tonsillectomy, are still practiced. In Ethiopia, for example, traditional tonsillectomy is common in most areas with severe complications.¹³ In Saudi Arabia, it is reported that some tonsils are removed by the index finger of the healer.¹⁴ Information about techniques of traditional tonsillectomy in Yemen remains obscure; however, many cases are seen in medical practice. The general objective of the study was to describe the complications of traditional tonsillectomy among patients presenting at Al-Thawra Teaching Hospital. Specifically, we attempted to determine the interval from the traditional surgery to presentation to the hospital, clinical presentation, and interventions required. In addition, we attempted to describe the personal characteristics of patients including age, sex, and socioeconomic status.

METHODS

This is a descriptive study with prospective data collection during the period from March 1, 2004 to January 31, 2005. We defined traditional tonsillectomy as removal of the tonsils by non medical personnel (healers) outside a health facility. A total of 112 patients with complications of traditional tonsillectomy were seen in the ENT outpatient clinic or general emergency room (GER) at Al-Thawra Teaching Hospital during this period.

Al-Thawra Teaching Hospital, which treated around 230,000 patients from all parts of Yemen in the year 2004,¹⁵ is situated in the capital city of Sana'a and is the largest hospital in the country.

Information sheets (questionnaires) were completed

for the patients containing information about the variables under study including sex, age, income, residence, accessibility of the area, and educational level. The data were recorded according to reporting of the patient or his guardian.

After complete clinical evaluation, only patients with a clear history of traditional tonsillectomy performed by a traditional healer were included. Tonsillectomy was classified into unindicated if the patient reported one attack of acute tonsillitis or suffered from adenoiditis, pharyngitis or underwent tonsillectomy with others in a group to benefit from the opportunity of attendance with the traditional healer. All patients underwent complete blood count (CBC), ESR, bleeding time, clotting time, hepatitis B surface antigen (HBsAg), hepatitis C virus (HCV), rheumatic factor (RF), antistreptolysin O (ASO) titer, C-reactive protein (CRP), urine analysis, chest X-ray, electrocardiogram (ECG) and nasal endoscopy when appropriate.

The patients with primary and secondary hemorrhage, peritonsillar abscess, and parapharyngeal abscess were cared for in the GER and interventions were performed in the operating theater for most of the patients. A few patients were treated in outpatient clinics. Patients with bronchopneumonia were referred to the medical department. We followed most of the patients for one month. Data were processed using a calculator.

RESULTS

The most common age group of the patients with complication of traditional tonsillectomy was between 16-25 years old, accounting for 59% of the cases. The youngest patient was 7 years old, while the oldest one was 50 years old. Regarding gender of the patient, 65 (58%) were males and 47 (42%) were females. The distribution of age according to sex is shown in Table 1.

One hundred and six (94.6%) of the patients were subjected to traditional tonsillectomy when they were 15 years of age or below. Others were older.



COMPLICATIONS OF TRADITIONAL TONSILLECTOMY IN PATIENTS TREATED AT AL-THAWRA TEACHING HOSPITAL, YEMEN

مضاعفات استئصال اللوزتين بالطرق الشعبية

لدى المرضى المشاهدين في مستشفى الثورة العام التعليمي في اليمن

Mohamed Y. Al-Mahbashi, MD, Yahia A. Raja'a, MD.

د. محمد يحيى المحبشي، د. يحيى أحمد رجاء

ABSTRACT

Objective: To describe the complications of traditional tonsillectomy done by non-medical personnel outside a health facility among patients attending Al-Thawra Teaching Hospital, Yemen.

Methods: There were 112 patients who attended the ENT clinic or were seen at the general emergency room. These patients were examined clinically and investigated including CBC, bleeding time, clotting time, HbsAg, HCV, urine analysis, chest X-ray, ECG and nasal endoscopy, when appropriate.

Results: 59% of patients with traditional tonsillectomy complications were aged between 16-25 years old. Fifty eight per cent were males and 42% were females. Some 83.9% of patients were from rural areas and 90.2% were poor; 58% came to the hospital 1 year or more after the procedure; 14.3% arrived in the first 24 hours. The most common complications were bilateral incomplete removal of the tonsils (86.6%), primary hemorrhage (11.6%) and otitis media (9.8%). One patient (0.9%) expired. The most common surgical interventions were bilateral retonsillectomy (55.4%), unilateral retonsillectomy (8.9%), and septoplasty (7.1%).

Conclusion: The age range of highest incidence of traditional tonsillectomy complications was between 16-25 years old. The common complications of traditional tonsillectomy were bilateral incomplete removal, primary hemorrhage, and otitis media. Poverty, illiteracy and inaccessible health services were the main causes for traditional tonsillectomy.

ملخص البحث

هدف الدراسة: توصيف مضاعفات استئصال اللوزتين بالطرق الشعبية والمجراة خارج المؤسسات الصحية من قبل كوادر غير طبية لدى المرضى المشاهدين في مستشفى الثورة التعليمي في اليمن.

طريقة الدراسة: شوه 112 مريضاً في عيادة الإذن والأنف والحنجرة أو في قسم الطوارئ العامة. تم إجراء الفحص السريري والفحوصات المخبرية متضمنة تعداد الكريات وزمن النزف والتخثر وتحري فيروس التهاب الكبد B و C، كما أجري تحليل البول وصورة الصدر وتخطيط القلب وتنظير الأنف حسب الحاجة.

النتائج: تراوحت أعمار 59% من المرضى بين 16-25 سنة وكان الذكور منهم 58% والإناث 42%. كان 83.9% من المرضى من الريف، و90.2% من الفقراء. حضر 58% من المرضى إلى المستشفى بعد أكثر من عام من استئصال اللوزتين بالطريقة الشعبية بينما حضر 14.3% من المرضى خلال 24 ساعة من إجرائه. كان أكثر المضاعفات شيوعاً هي الاستئصال غير الكامل للوزتين (86.6%)، بينما حدث نزف أولي في 11.6% من الحالات والتهاب الأذن الوسطى في 9.8%، وتوفي مريض واحد (0.9%). وكانت التدخلات الجراحية هي إعادة استئصال اللوزتين لدى 55.4% من المرضى واستئصال إحدى اللوزتين لدى 8.9% ورتق الحاجز الأنفي لدى 7.1% من المرضى.

الخلاصة: كانت الفئة العمرية التي تم فيها أكثر حالات استئصال اللوزتين بالطرق الشعبية وعانت من المضاعفات بين 16-25 سنة،

*Mohamed Y. Al-Mahbashi, MSc, Ph.D, Special Surgery Department, Faculty of Medicine and Health Sciences, Sana'a University, Sana'a, Yemen.

*Yahia A. Raja'a, MSc, Ph.D, Community Medicine Department, Faculty of Medicine and Health Sciences, Sana'a University, P.O.Box 2058, Sana'a, Yemen. E-mail: yahiaarajaa@yahoo.com



DISCUSSION

To the best of our knowledge, this study is the first in Iraq to describe the profile of outpatients in a university-associated clinic. Among a total of 1315 records of cases attending the clinic during the one-year study period, depression was the most frequently reported complaint followed by anxiety. Neurotic complaints in general constituted more than 50% of workload, while psychotic diagnoses constituted only 18.6%. The preponderance of neurotic complaints over psychotic diagnoses in primary health care settings reflects more closely the general population situation as opposed to psychiatric hospital attendants. This finding has been reported previously.^{7,8,9} It appears that an inadequate referral system and the absence of health services sectorization influenced the quality of psychiatric service.¹⁰ The relative preponderance of neurotic complaints over psychotic diagnoses observed in the overall sample was not different between males and females. Differences in age groups also did not alter this pattern. The time trend analysis showed that with the exception of March (pre-war month) and June (post-war) during which the attendance was obviously higher than the monthly average, the remaining period showed a random fluctuation of attendance around the baseline monthly average. Patient compliance in psychiatric clinics is regular and not related to seasonal factors. January was associated with the highest clinic attendance (251). The total absence of cases during April reflects the absence of psychiatric outpatient services during the war period. January was associated with the highest clinic attendance. This may be

explained by the fact that people were concerned about seeking medical care and purchasing their anticipated supply of medication under the threat of impending war as part of the precautions and preparation.

In the present study, about three quarters of the clinic attendees were adults 20 to 49 years of age, leaving a much smaller proportion of the work load for children, middle aged, and elderly patients. It is expected that adults have easier access to health services, since they can move more easily in difficult wartime circumstances. The slight preponderance of male over females is of not statistically significant. Similar findings were reported in previous literature.^{11,12}

CONCLUSION

The present study offered the opportunity to document the quantity and quality of patients seeking psychiatric help in Iraq during a difficult period of history. The overall picture of the sample was that of a mixture of self referred walk-in patients together with those referred from other disciplines. Neurotic complaints (mainly depression and anxiety) were much more frequent than psychotic diagnoses, and this finding holds true regardless of age and gender differences. The majority of patients were adults with no obvious sex predilection. Seasonal fluctuation was random with obvious increase in clinic attendance before and immediately after the war. Other similar studies in specialized mental hospitals in Iraq are recommended to compare the patient profiles in the present study with those of a specialized psychiatric hospital.

REFERENCES

1. Wilkinson G. *Psychiatry in general practice: The Essentials of Postgraduate Psychiatry*. Third edition, 1997.
2. Die Fenbaches A. *Implementation of a psychiatric consultation service: a single-site observational study over a 1-year period*. *Psychosomatics* 2001; 42 (5): 404.
3. Okasha A. *Mental Health Services in the Arab World, Images in Psychiatry an Arab presentation*. WPA series 2001.
4. El-Rufaie OEF. *Referrals by general practitioners to a primary health care psychiatric clinic: diagnostic status and sociodemographic characteristics*. *Arab J Psychiatry*, 1995; 6: 82-92.
5. Qureshi, NA, Al-Habeeb TA; Al-Ghamdy YS. *Psychiatric Referrals in Primary Care and General Hospital in Qassim Region, Saudi Arabia*. *East Mediterranean Health Journal*, 2000; 6 (4): 723-33.
6. Al-Alwan A. *Ministry of Health Bulletin in Iraq* 2004.
7. Jegede RO. *Psychiatric morbidity in a Nigerian general out-patient clinic*. *West-Afr-J-Med*, 1990; 9(3):177-86.
8. Nettelbladt P. *Mental health problems in primary care before and after sectorization of psychiatric care: A study of patients utilizing both primary health care and psychiatric care*, 1991. *Scand-J-Prim-Health-Care*, 1991; 9 (4): 292-6.
9. Camara EG. *A psychiatry outpatient consultation-liaison clinic: Experience at the Cleveland clinic foundation*. *J Psychosomatics*, 1991; 32 (3): 304-8.
10. Grant JE. *Implementation of psychiatric consultation over ten years*. *General Hospital Psychiatry*, 2001;23(5):201-5.
11. Al-Samarrai MAHS. (2000). *A study of pattern of psychiatric consultation. A General Hospital Psychiatric Outpatient Clinic in Baghdad*. *Arab J Psychiatry*, 2000; 13 (1): 55-63.
12. Qureshi NA. *An Analysis of Psychiatry Referrals. Saudi Arabia*. *Arab J Psychiatry*, 2001; 12 (1): 53-65.



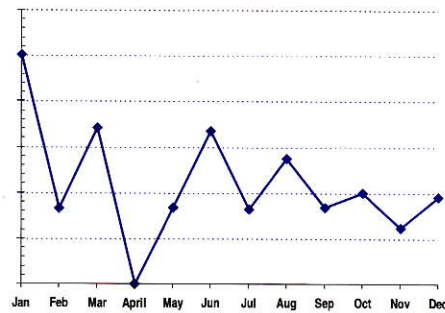
illnesses, accounting for 59.6% of the outpatient pool, followed by diseases, which fit under the definition of psychosis (18.6%). Some illnesses did not fit under the definition of neurosis or psychosis and were classified as others (21.7%).

Diagnosis	N	%
Depression	439	33.4
Anxiety	292	22.2
Schizophrenia	175	13.3
Tension headache	112	8.5
Psychosis	70	5.3
Migraine	47	3.6
Neurasthenia	45	3.4
Obsessive-compulsive	42	3.2
Epilepsy	41	3.1
Mental retardation	39	3
Emotional trauma	11	0.8
Enuresis	2	0.2
Diagnostic category		
Neurosis	784	59.6
Psychosis	245	18.6
Others	286	21.7
Total	1315	100

Table 2. Frequency distribution of the study sample by diagnosis of psychiatric illness.

Figure 1 shows the monthly workload. The median monthly clinic attendance was 84 cases. March (pre-war month) and June (postwar) were associated with the highest attendance (171 and 167 respectively). The remaining months showed random fluctuation of

attendance around the baseline average. January was associated with the highest clinic attendance (251).



Median = 84

Figure 1. Line graph showing the monthly workload of the outpatient psychiatric clinic for the year 2003.

As shown in Table 4, the relative frequency of neurotic disorders did not differ by age group. The same applied to psychosis, which showed no obvious or statistically significant association with age. The relative frequency of neurosis or psychosis did not differ between males and females, Table 5.

		Diagnosis			
Gender		Neurosis	Psychosis	Other	Total
Female	N	347	111	130	588
	%	59	18.9	22.1	100
Male	N	437	134	156	727
	%	60.1	18.4	21.5	100
P (χ^2) =		0.69 ^[NS]	0.48 ^[NS]		

Table 4. The relative frequency of neurosis and psychosis by gender.

		Diagnosis			
Age in years		Neurosis	Psychosis	Other	Total
Children (<10)	N	2	1	1	4
	%	50	25	25	100
Teenagers (10-19)	N	55	17	15	87
	%	63.2	19.5	17.2	100
Young adults (20-39)	N	410	128	146	684
	%	59.9	18.7	21.3	100
Older adults (40-49)	N	178	56	64	298
	%	59.7	18.8	21.5	100
Middle age (50-69)	N	129	41	58	228
	%	56.6	18	25.4	100
Elderly (70+)	N	10	2	2	14
	%	71.4	14.3	14.3	100
P (χ^2) =		0.8 ^[NS]	0.99 ^[NS]		

Table 3. The relative frequency of neurosis and psychosis by age group.



range of mental disorders; most are treated by qualified psychiatrists. Referral and consultation patterns vary widely depending on local factors and service features. Patients with a wide variety of neurotic disorders as well as those with chronic psychoses are routinely cared for in these clinics. A number of studies from all over the world have been conducted on these outpatient facilities.^{2,3,4,5} In Iraq, the typical psychiatric units, in general, are still far below the optimal global standard. Despite the long history of university clinics, there is an obvious organizational defect in present day practice. A psychiatric outpatient clinic attached to a city medical teaching hospital is an example of the integration of mental health policy into the general health policy. Patients, both self referred and referred from other disciplines, have free access to the psychiatrists attached to the clinic. In Iraq, mental health services started to deteriorate in the past three decades due to the devastating effects of three wars, economic sanctions, lack of resources, and disintegration of public expenditure on mental health.⁶ The purpose of this study was to examine the attendance and the pattern of psychiatric disorders among patients attending the psychiatric clinic at the Medical City General Teaching Hospital through the year 2003, highlighting its functioning in war circumstances.

METHODS

All patients attending the psychiatric outpatient clinic attached to Medical City General Teaching Hospital over the year 2003 were included in this study, whether self referred or referred. Exceptions were made; some were excluded because of referral by a legal committee. The daily files recorded from January 1, 2003 through December 31, 2003 were collected using a pre-designed structured questionnaire format. The questionnaire gathered information about age, gender, type of mental disorder, and date of examination. The year 2003 was the time when the most recent war took place. The first quarter of the year was the immediate pre war period, then, after a brief period of conflict, the remainder of the year was considered to be the post war period.

Patients attending the clinic were assessed and diagnosed by qualified psychiatrists who were assisted by psychiatric residents helping to triage the cases and

record the initial assessment. The patients' files included comments of the resident and the consultants' diagnoses together with a brief social report done by a qualified social worker. The general public had easy access to the clinic.

Statistical analysis of probability was calculated using the chi square test.

RESULTS

In all, 1315 patients reported during the calendar year of 2003 and were analyzed in this study. As shown in Table 1, young adults (20-39 years of age) constituted the highest proportion of the study sample (52%), followed by older adults (40-49 years of age) who constituted 22.7% of the sample. Only 4 subjects (0.3%) were children less than 10 years of age. Elderly subjects (70 years of age and older) on the other extreme were also rare, constituting 1.1% of the study sample. Males constituted a slightly higher proportion than females (55.3% vs. 44.7%).

	N	%
<i>Age in years</i>		
Children (<10)	4	0.3
Teenagers (10-19)	87	6.6
Young adults (20-39)	684	52
Older adults (40-49)	298	22.7
Middle age (50-69)	228	17.3
Elderly (70+)	14	1.1
<i>Gender</i>		
Female	588	44.7
Male	727	55.3
Total	1315	100

Table 1. Frequency distribution of the study sample by age and gender.

As shown in Table 2, depression (33.4%), anxiety (22.2%) and schizophrenia (13.3%) were the most frequently diagnosed illnesses accounting for more than two thirds of the total number. On the other hand, extreme emotional trauma and enuresis were rarely diagnosed (0.8 and 0.2% respectively). Migraine, neurasthenia, obsessive-compulsive disorders, epilepsy and mental retardation constituted around 3% for each. Tension headache and psychosis constituted 8.5% and 5.3% of the study sample respectively. In general, neurotic disorders were the most frequently diagnosed



CROSS-SECTIONAL STUDY OF THE PSYCHIATRIC OUTPATIENT CLINIC AT BAGHDAD UNIVERSITY HOSPITAL IN THE YEAR 2003

دراسة مقطعية لمراجعي العيادة الخارجية النفسية في مستشفى بغداد الجامعي في عام 2003

Maha Sulaiman Younis, MD, Ahmad Samir Al-Naaimi, MD.

د. مها سليمان يونس، د. أحمد سمير النعيمي

ABSTRACT

Objectives: This cross-sectional study aimed to examine the characteristics and the numbers of psychiatry patients attending the outpatient clinic at a Baghdad teaching hospital over the year 2003 in order to assess the impact of the war on the clinic.

Methods: Patient records for the calendar year 2003 were analyzed according to the following variables: age, sex, type of mental disorder, and months of attendance.

Results: Adults 20-49 years of age constituted the highest proportion of the study sample (74.7%). Males constituted a slightly higher proportion than females (55.3% vs. 44.7%). Depression (33.4%), anxiety (22.2) and schizophrenia (13.3%) were the most frequently diagnosed illnesses accounting for more than two thirds of the total cases. March (a pre-war month) and June (post war) were associated with the highest clinic attendance.

Conclusion: Neurotic complaints were much more frequent than psychotic diagnoses, and this finding held true regardless of age and gender differences. The majority of patients were adults with no obvious sex predilection. Seasonal fluctuations were random with an obvious increase in clinic attendance before and immediately after the war.

ملخص البحث

هدف الدراسة: تهدف هذه الدراسة المقطعية إلى تحري طبيعة وعدد المرضى النفسيين المشاهدين في العيادة الاستشارية النفسية التابعة للمستشفى الجامعي في كلية طب بغداد خلال العام 2003، واستطلاع تأثير حرب العراق على العيادة. **طريقة الدراسة:** أجري تحليل لملفات المراجعين للعيادة الخارجية للعام 2003، وذلك باعتماد المعايير التالية: العمر والجنس ونوع الاضطراب العقلي والسجل الشهري.

النتائج: كانت الفئة العمرية الأكثر مشاهدة هي من البالغين بين 20-49 عاماً مع زيادة طفيفة في نسبة الذكور إلى الإناث (55.3% مقابل 44.7%). كانت الأمراض الأكثر مشاهدة هي الاكتئاب (33.4%) والقلق (22.2%) والفصام (13.3%) حيث شكل مجموعها أكثر من ثلثي الحالات المشاهدة. ترافق شهري آذار/مارس (الشهر السابق للحرب) وحزيران/يون (الشهر التالي للحرب) بازدياد عدد المرضى المشاهدين في العيادة.

الخلاصة: كانت الأمراض العصابية أكثر شيوعاً من الأمراض الذهانية، بغض النظر عن عمر وجنس المرضى، حيث كان أغلب المرضى من البالغين دون تفضيل أي من الجنسين. كان اختلاف عدد المرضى تبعاً للفصول متراوحاً مع زيادة واضحة في عدد المرضى قبيل الحرب وبعدها مباشرة.

INTRODUCTION

Psychiatric clinics conducted in general practice tend to be preferred by patients mainly because of the

ease of access and relative absence of social stigma.¹ Patients seen in these clinics encompass the entire

JABMS 2006;8(1):22-5E

*Maha Sulaiman Younis, MD, Assistant Professor, Department of Psychiatry, Baghdad College of Medicine, E-mail: maha_unis@yahoo.com

*Ahmad Samir Al-Naaimi, MBChB, MSc Epidemiology, Lecturer / Department of Community Medicine, Baghdad College of Medicine, E-mail: ahmed_jhss2@yahoo.com

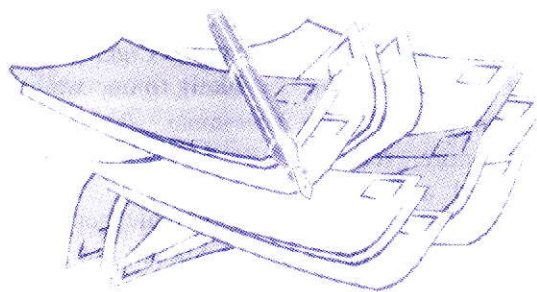


- Midwives should be included as Ministry of Health personnel with satisfactory payment and incentives to help abolish FGM; in addition, there should be punishment for its practice.

- Research and surveys should concentrate on affected target groups, and males should be involved in the abolition of FGM.

REFERENCES

1. Lightfoot-Klien, H. the sexual experiences and marital adjustment of genitally circumcised and infibulated females in Sudan. *The journal of sex research* 1989;26(3):375-392.
2. Population reference bureau. *Abandoning female genital cutting*. August 2001, Washington, USA.
3. Doleeb Tagelsir. *The progress in eradication of FGM in Sudan, preceding the workshop on women's sexual and reproductive rights in Khartoum, Sudan, July 2002*.
4. Central bureau of statistics. *Population annual report, Khartoum, Sudan 2004*.
5. Central bureau of statistic. *Sudan national safe motherhood survey 1999. Statistical yearbook 2000. Khartoum; Sudan:149-153*.
6. Bayuodh F, Barrak S, Ben-Fredj N, et al. Study of a custom in Somalia: the circumcision of girls. *Med Trop (Mars)* 1995; 55(3):238-42.
7. Msuya SE, Mbizvo E, Hussain A, Sundby J, Sam NE, Stray-Pederson B. Female genital cutting in Kilimanjaro, Tanzania: changing attitude. *Trop Med Int Health* 2002; Feb 7(2):159-65.
8. El Gibaly O, Ibrahim B, Mensch BS, et al. The decline of female circumcision in Egypt: evidence and interpretation. *Soc Sci Med* 2002 Jan;54(2):205-20.
9. Dandash KF, Refaat AH, Eyada M. Female genital mutilation: a prospective view. *J Sex Marital Ther* 2001 Oct-Dec;27(5):459-64.
10. Refaat AH, Dandash KF, Lotfy G, Syada M. Attitudes of medical students towards female genital mutilation. *J Sex Marital Ther* 2001 Oct-Dec;27(5):589-91.
11. Allam MF, de Irala Estevez J, Fernandez-Crehuet-Navajas R, et al. Factors associated with the condoning of female genital mutilation among medical students. *Public health* 2001 Sep;115 (5) 350-5.



nurses.^{8,9} The situation in Sudan reflects the local attitudes including the privacy of the procedure, the importance of the accompanying traditional ceremonies, and the respect for midwives in the community. These customs and beliefs may be a beneficial target in changing attitudes and working for the abolition for FGM in Sudan. In contrast, encouraging the medicalization of the procedure by involving the health services might have an adverse effect on the abolition of FGM.

The presence of grandmothers may have a negative impact on the abolition of FGM, but it was not statistically significant (chi square: 0.193, $P=0.660$). On the other hand, maternal education has a positive impact on the abolition of FGM, with a rising trend in non-circumcised students.

Rural residence, where traditions and habits are entrenched, and illiteracy are common factors influencing the continuation of FGM.⁵

In this study, there was a significant difference in the prevalence of FGM among medical students from Khartoum and those from outside Khartoum, (chi square: 10.061 and $P=0.002$). In one population report,² FGM was found to be more common in urban than in rural areas in Sudan and Burkina Faso; however, in other countries, it was more common in rural than urban areas. The SMS reported in 1999 that FGM was found in 93% in urban areas and in 89% in rural areas. It was reportedly even more common in educated women, 98% in high secondary school women. Nevertheless, the pharaonic form was found in 78% of educated women and in only 57-58% of non-educated women.⁵ This inconsistency may be explained by the possibility that more reliable information is collected from educated and urban women than the rural and illiterate. It could also be due to ethnic or cultural habits. The fact that FGM is illegal might make rural women reluctant to provide information, whereas educated women are aware of the purpose of the surveys.

This study showed a significant declining difference in the prevalence of FGM between medical students and their sisters (75.3% and 48.1% respectively), (chi square: 88.986; $P=0.000$). It is even lower among the younger generation, 30.8% and 17.3% in elder and younger sisters respectively, (chi-square: 29.795, $P=$

0.000). The SMS found in 1999 that women younger than 35 years are slightly less likely to be circumcised than those 35 or older, 89% and 91% respectively.⁵ Msuya, reporting in 2002, found that in Tanzania women 35 years or older were twice as likely to be circumcised compared to those 25 or younger.⁷

Not only is the prevalence of FGM declining with time, but also, according to the SMS in 1999, there was an increasing move from the radical pharaonic to the modified clitoridectomy procedure with younger girls: 51% pharaonic and 31% clitoridectomy in women 15-19 years of age and 75% and 15% pharaonic and clitoridectomy respectively in those 45-49.⁵

Many women (87.3%) in our study population wish to abolish FGM; they will neither circumcise their daughters nor their patients. Only 12.7% advocate FGM, and they are all from among the circumcised group. This is consistent with the results of the study of female medical students conducted by Refaat¹⁰ in 2001 in Ismailia, Egypt in which he reported that 61% stated that they would not perform it on their patients; it is of interest that 22% of his surveyed students did not consider FGM as a problem at all.¹⁰

The present study showed that there is still a considerable lack of information on FGM with regard to female cleanliness, marriageability, male or female sexual pleasure, social respect, and virginity (Table 3). This finding was also reported by Allam in 2001 in Cairo, Egypt.¹¹ In a population report in 2001, the younger generation (20-24 years) were 50% more likely to oppose FGM than their older counterparts.²

CONCLUSION

Female genital mutilation is still common (75.3%) in Sudan, but there is evidence of an ongoing change in prevalence and attitudes, especially among younger educated women.

RECOMMENDATIONS

- Continue raising awareness for the abolition of FGM among community, target groups (young girls and women), midwives, and health service providers.
- Integration of information about FGM within the curricula of primary education and university, should be included at all levels.



	Medical students N=473		Sisters of medical students N=773	
	Number	%	Number	%
Circumcised	356	75.3	372	48.1
Not circumcised	117	24.7	401	51.9
Total	473	100	773	100

Chi-square: 88.986. $P=0.000$. CI: 95%

Table 2. Comparison of prevalence of FGM among medical students and their sisters.

Attitude	No effect	Yes effect	Don't know
Female cleanliness	65.8%	12.0%	22.2%
Increases chances of marriage	60.5%	14.8%	24.7%
Prevents premarital intercourse	74.8%	10.8%	14.4%
Increases male sexual pleasure	37.2%	22.4%	40.4%
Decreases female sexual pleasure	25.8%	37.8%	36.4%
Increases female social status	71.2%	16.9%	11.9%
Re-circumcision after delivery	58.8%	15.6%	25.6%

Table 3. Knowledge and attitude toward FGM of the respondents.

DISCUSSION

In this descriptive study, the prevalence of FGM among medical students in Khartoum was found to be 75.3%. This is relatively lower than the figures reported by the World Fertility Survey (WFS) in 1979 (89%), the Sudan Demographic Health Survey (SDHS) 1989-1990 (89%), and the Safe Motherhood Survey (SMS) in 1999 (90%).⁵ It is also reported that in countries including Burkina Faso, Eritrea, Tanzania and Yemen, there is a slight decline in FGM among younger generations compared to their mothers; however, in other countries including Egypt, Mali, and Sudan, younger women (20-24 years) have undergone FGM as frequently as their mothers.² Bayuodh, in 1995, reported that 80% of the interviewed population in Somalia had undergone infibulation.⁶ Msuya in Kilimanjaro, Tanzania found a prevalence of FGM of only 17% (mostly clitoridectomy) among young educated women.⁷ Gibaly and others in Assiut, Egypt found that girls of today are at least 10% less likely to undergo FGM than their mothers.⁸

As seen in these studies, the national prevalence of FGM may not reflect the exact prevalence among various at risk groups. Not only does the prevalence vary, but there is also a wide variation between types of FGM, from pharaonic (21.1%) to clitoridectomy (66.8%). Compared to the slow shift found by SMS in 1999, 64% pharaonic and 22% clitoridectomy, there is

that found by the WFS and SDHS, 79% pharaonic and 15% clitoridectomy.⁵ In the Demographic Health Survey (DHS), the severe form of FGM was found to be common in Burkina Faso, Egypt, Eritrea, Mali and Sudan (89-97%), while the moderate type was found in the Central African Republic, Kenya, Tanzania, and Yemen (18-43%).² This low level of FGM and the switch from pharaonic to clitoridectomy among our study population may be influenced by their younger age, higher education, and more reliable information on the subject due to increased public awareness and the efforts of various groups working for the abolition of FGM.

Although the complications reported following FGM (16.3%) or first intercourse (47.7%) were relatively low in this study, FGM places these girls at immediate risk and later at first intercourse or delivery to varying degrees. Bayuodh, reporting in 1995 in Somalia, found that infection, hemorrhage and double episiotomy were reported as 60%, 20% and 10% in an 80% infibulated population.⁸

In spite of accessible health services, FGM in Sudan is mostly performed by midwives (66.6%) and at home (72.3%). This is quite different from the situation reported by Dandash in Ismailia, Egypt in 2001 and El-Gibaly in Assiut, Egypt in 2002. Both reported that 60% or more of FGMs were done by physicians or



RESULTS

In this study, 473 Sudanese female medical students were investigated; 356 (75.3%) were circumcised and 117 (24.7%) were not circumcised. Types of circumcision included 66.8% clitoridectomy, 21.1% pharaonic, and 12.1% an intermediate form. Most of the women (68.8%) were circumcised between the ages of 5-10 years; 23.0% were done before 5 years of age and 8.2% after 10. The procedure was most commonly done at the parents' or midwife's home (72.3%). Some 27.7% were done at health facilities, mostly by midwives (66.6%). Doctors performed 19.0%, health visitors performed 9.3%, and relatives performed 5.1%. In this circumcised population, 83.7% did not report any complication after circumcision; however, 3.4% reported bleeding, 4.0% infection, 5.3% urine retention, and 3.6% neurological shock. Forty-six students (9.7%) were married; of these, 44 (95.7%) were circumcised. Half of them (47.7%) had relative difficulties during first intercourse; 38.6% reported no difficulty; 4.6% had perineal tearing; 6.8% had post coital bleeding; and 2.3% reported neurological shock. In the non-circumcised respondents, there were no post coital events reported. Half of married students (47.8%) had at least one baby; 21.7% of them delivered spontaneously; 10.9% reported difficult or assisted forceps delivery; 4.3% were delivered by cesarean section; 2.2% had perineal tears; 2.2% had puerperal sepsis; and 6.5% experienced recurrent vaginal discharge. Most of the study population (92.0%) was 15-25 years of age; most were Muslim (98.3%). Among circumcised students, 203 (42.9%) had living grandmothers and 153 (32.4%) had deceased grandmothers, while among non-circumcised respondents, 64 (13.5%) and 53 (11.2%) grandmothers were living and deceased respectively. The presence of a living grandmother had no statistical significance in

predicting circumcision, (chi square: 0.193, $P=0.660$). In addition, 40.4% of circumcised medical students were born outside Khartoum and 34.9% were born in Khartoum, while in the non-circumcised, places of birth were 15.6% in Khartoum and 9.1% outside, (chi square: 10.061 and $P=0.002$).

Table I shows the impact of maternal education on FGM, with a rising trend in the non-circumcised students. The mother's job, paternal education and profession were investigated. There were no significant differences on FGM in the daughters.

In this study population, there were 773 associated sisters, 416 (53.8%) aged 12 years or more and 357 (46.2%) less than 12 years old; 372 (48.1%) were circumcised, versus 401 (51.9%) uncircumcised. Among the older population (12 years or more), 238 (30.8%) were circumcised versus 178 (23.0%) uncircumcised. However, in the younger population (less than 12 years), only 134 (17.3%) were circumcised and 223 (28.9%) were not circumcised, Table 2.

In this study sample, 87.3% of the respondents would like to abolish FGM, stating that they will neither perform it on their patients or their daughters, while only 12.7% (mainly among the circumcised) advocate the continuation of FGM and are planning to circumcise their daughters.

As shown in Table 3., there is a wide range of attitudes present among the medical students. At the same time, over a third (35.7%) think that FGM can be prevented by educating mothers, 27.5% focus on female education in general, 17.1% advocate legal enforcement, and 19.7% would like to improve the economic status of midwives and to involve them in abolition of FGM programs.

Maternal education	Circumcised students N= 356		Non-circumcised N= 117	
	Number	%	Number	%
Illiterate	027	05.7	003	00.6
Primary	125	26.4	004	00.8
Secondary	101	21.4	048	10.2
University	103	21.8	062	13.1
Total	356	75.3	117	24.7

Table 1. Distribution of maternal education and its relation to FGM among medical students.



violation of human rights against children who are not able to provide informed consent. It is an ancient cultural tradition predating Islam and not related to religion. Islam never sanctions inflicting harm or pain upon human beings. The Quran does not contain any instruction favoring FGM. Its persistence may be due to the belief that it enhances beauty, cleanliness and hygiene (tahara or tahour), acceptability, respect in society, eligibility for marriage, enhancement of sexual pleasure for the male partner, or to preserve virginity and prevent premarital intercourse in the female. It may be carried out at any age, but usually it is performed between 4-8 years. Early complications associated with the procedure include hemorrhage, pain, shock, urine retention, infection, damage to adjacent organs, and psychological trauma, while delayed complications include HIV, pelvic inflammatory disease (PID), infertility, inclusion cyst, vesical stone, chronic urinary tract infection, difficulty at first intercourse, lack of sexual pleasure, difficult or obstructed labor, perineal tearing, and vesicovaginal fistula.¹

An estimated 135 million women have undergone genital mutilation all over the world, and at least two million a year are at risk of mutilation. It is practiced in more than 28 African countries, some countries in the Middle East, parts of Asia, and among immigrants in North America and Europe.²

In Sudan, FGM is widely practiced in the northern states. In spite of early efforts in support of its abolition, infibulation is still practiced. Sudan was the first African country to outlaw FGM in 1924. The 1946 penal code prohibited infibulation, but preserved clitoridectomy, and the law was ratified in 1957. After 1970, an increased opposition to FGM was launched through the collaboration of several different bodies including the Sudan Family Planning Association (SFPA), the Babiker Badri Scientific Association for Women's Studies (BBSAWS), the Sudanese National Committee on Traditional Practices (SNCTP), the WHO, the Ministry of Health, Social Affairs, Education, and Youth, the Sudanese Women's Union, Ahfad University for Women, and the Higher Council for Religion. In 1991, the government affirmed its commitment to the eradication of FGM.³

Available data include all age groups, especially

older women and women in labor; however, there is no current information on young women. This study focuses on a homogeneous target group of females, who are highly educated future mothers and doctors. These data may be more reliable with reference to contemporary awareness and knowledge concerning FGM. In addition, these women will be directly involved in FGM and can shoulder responsibilities for change and abolition of FGM.

METHODS

Sudan is the largest country in Africa with an area of 2.5 million square kilometers. The estimated population is 34,512,000, with 84.5% living in the northern region, 36.8% living in urban communities, and the rest settled rurally or nomadic. There are 5.3 million married women in the reproductive age range (MWRA). Total fertility rate is 5.7; the natural increase rate is 26.3 per thousand, and maternal mortality is 509 per 100,000 live births. Adult literacy in the northern states is 49.9%, 50.6% for males and 49.2% for females. There are multiple socioeconomic problems including poverty, malnutrition, early marriage, multiparity, and harmful traditional practices.⁴

Khartoum State is situated in the middle of the Sudan, with an area of approximately 28000 square kilometers. The population is 5,553,000. The annual growth rate is 3.67%; MWRA number 741,000, and the total fertility rate is 4.8%. Adult literacy is 74.9%, 75.9% for males and 73.9% for females.⁴ In Khartoum, there are nine universities with 4300 registered female medical students.

In this descriptive study in Khartoum, 473 female medical students were studied. They were selected randomly by means of a multistage sampling technique. Each replied to a detailed standardized questionnaire with informed consent. All those approached agreed to be interviewed. The questionnaire covered circumcision status, circumstances of circumcision, complications, knowledge of FGM, and attitudes toward FGM. Trained female medical students interested in the subject collected the data. Data obtained were analyzed using a microcomputer SPSS program. Probability was calculated employing the chi square test.



FEMALE GENITAL MUTILATION AMONG MEDICAL STUDENTS IN KHARTOUM, SUDAN IN 2003: CHANGING ATTITUDES

خفاض (تشويه الأعضاء التناسلية) الإناث
لدى طالبات الطب في مدينة الخرطوم، السودان، 2003: تغيير المفاهيم (السلوك)

Taha Umbeli Ahmed, MD, Mohammed Ahmed Abu Salab, MD, MPH

د. طه أمبلي أحمد، د. محمد أحمد أبو سلب

ABSTRACT

Objective: To study the prevalence of and attitudes toward genital mutilation among female medical students in Khartoum, Sudan in 2003.

Methods: A number of female medical students (473) were selected randomly through a multi-stage sampling technique. Each replied to a detailed questionnaire after informed consent.

Results: The majority (75.3%) of the students were circumcised; 21.1% had undergone infibulation (pharaonic) and 66.8% simple mutilation (clitoridectomy). Only 48.1% of their sisters were circumcised. Female genital mutilation was usually performed between the age of 5-10 years, mostly (66.6%) by midwives, and at home (72.3%). Most (87.3%) of respondents will not support FGM and will not perform it on their daughters and patients. This study showed that a lack of information regarding female genital mutilation remains, even among medical students.

Conclusion: This study demonstrates that although FGM is still practiced, there is evidence of declining prevalence and a change of attitude among younger women.

ملخص البحث

هدف الدراسة: دراسة معدل انتشار والسلوك اتجاه خفاض (ختان) البنات بين طالبات الطب في مدينة الخرطوم في السودان خلال عام 2003.

طريقة الدراسة: أجري اختيار عشوائي ضم 473 طالبة طب سودانية، بطريقة العينة المتعددة الخيارات، وأجابت كل واحدة منهن على استبيان مفصل بعد الموافقة المسبقة.

النتائج: وجد أن غالبية الطالبات (75.3%) قد أجريت لهن عملية خفاض، منها 21.1% خفاض فرعوني مشوه، و66.8% خفاض مبسط، بينما كان معدل الخفاض وسط أخوات الطالبات 48.1%. في معظم الأحيان تتم عملية الخفاض في عمر 5-10 سنوات، وتتم في المنزل (72.3%) وبواسطة القابلة (66.6%). أقرت 87.3% من الطالبات عدم تأييدهن لعملية الخفاض وعدم إجرائها لبناتهن أو مريضاتهن. لقد أثبتت الدراسة أن هنالك نقصاً في بعض المعلومات عن خفاض البنات وسط طالبات الطب.

الخلاصة: أثبتت الدراسة أن خفاض البنات مازال يمارس حتى الآن بالسودان، مع وجود انحسار ملحوظ في المعدل والمفهوم نحو الخفاض خاصة وسط الأجيال الصغيرة.

INTRODUCTION

Female genital mutilation (FGM) or female circumcision (FC) refers to removal of the external female genitalia to a varying degree of severity. The

most radical (infibulation) is pharaonic circumcision, while the least radical form is the removal of the clitoral hood (clitoridectomy). This procedure is a

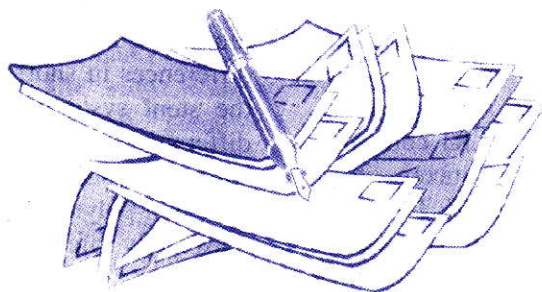
JABMS 2006;8(1):16-21E

*Taha Umbeli Ahmed, MBBS. MD, FCM, Consultant obstetrician and community physician, Associate professor of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Omdurman Islamic University, P.O. Box 382, Sudan. E-mail umbelli1@hotmail.com.

*Mohammed Ahmed Abu Salab, MPH, Professor of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Omdurman Islamic University, Sudan.



6. Martin RB. In-stent restenosis: Pathology and implications for the development of drug-eluting stents. *Heart* 2003;89:218-24.
7. Haude M, Erbel R, Issa H. Quantitative analysis of elastic recoil after balloon-expandable Palmaz-Schatz stent. *J Am Coll Cardiol* 1993;21:26-34.
8. Clombo A, et al. The Milan DES experience: Rapamycin and Taxus in complex Lesion subset. Drug-eluting stent symposium, ACC 2004.
9. Omar AR, Ong HY, Poh KK, et al. Comparison of efficacy and safety between Rapamycin and Taxus express stents in percutaneous coronary intervention of complex coronary stenoses. *Circulation* 2003;108:2431.
10. Betru A, Masotti M, Serra A, et al. Randomized comparison of coronary stent implantation and balloon angioplasty in the treatment of de novo coronary artery lesions (START): Four-year follow-up. *J Am Coll Cardiol* 1999;34:1498-506.
11. Babapulle MN, Eisenberg MJ. Coated stents for the prevention of restenosis: Part I. *Circulation* 2002;106:2734-40.



This success has resulted from largely empiric selection of drugs, using antineoplastic and immunosuppressant agents. Drug-eluting stents offer theoretical advantages over systemic pharmacologic therapy, such as higher drug concentrations at the site of stent deployment and minimal systemic side effects. Among drug-eluting stents, sirolimus and paclitaxel-eluting stents showed promise in reducing in-stent restenosis as explained above.¹¹

Our study showed no difference of diameter stenosis (DS%) at follow-up between the two groups (25.11±18.24% in the rapamycin group vs. 25.90±21.23% in the paclitaxel group; $P=0.83$). Binary restenosis (BR), defined as stenosis > 50%, was detected in 7 patients (12.9%) in the rapamycin group versus 8 patients (15.3%) in the paclitaxel group ($P=0.65$). Minimal lumen diameter (MLD) at follow-up was similar between the two groups (rapamycin, 2.27±0.62 mm vs. paclitaxel, 2.34 ±0.72 mm; $P=0.57$). In addition, no significant difference of late loss was detected (rapamycin, 0.41±0.58 mm vs. paclitaxel, 0.45±0.60mm; $P=0.71$). Other angiographic parameters (acute gain, loss index, and net gain) were the same in the both groups. No patient in either group suffered from myocardial infarction during the follow-up period or died due to a cardiac cause. In addition, no one underwent bypass surgery (CABG) for revascularization of the target lesion. Six patients (11.1%) in the rapamycin group were treated either with brachytherapy or with drug-eluting stents due to high-degree in-stent restenosis within 5 mm proximal and 5 mm distal to the stent edges (TLR) compared with 6 patients (11.5%) of the paclitaxel group ($P=0.78$). Furthermore, the difference of TVR and TVF between the two groups was not statistically significant ($P=0.44$, 0.52 respectively). From these

results we can conclude that the paclitaxel-eluting stents are as equally effective and safe as the sirolimus-eluting stents. Some limitations of our study should be noted. First, the sample size was small. This is explained by the relatively infrequent use of the novel stents and the necessity to obtain a follow-up examination. However, such a comparison has, to our best knowledge, not been performed elsewhere in Germany, and it should help to increase our knowledge regarding the clinical outcome of these stents. Second, our study was observational, and patients were not randomized. It is possible that confounding factors played a role, which was not considered. Also, there were some demographic differences, which appeared, however, to be very minor. Finally, with limitations in the duration of follow-up and sample size, it is possible that differences between the groups were present but were not detected. We consider this unlikely because neither in the angiographic parameters nor in the clinical data, was there observed a trend in favor of one or the other stent system.

CONCLUSION

We did not observe significant differences between the sirolimus-coated (Cypher®) stent and the non-polymer paclitaxel-coated Cook stent in terms of angiographic follow-up parameters and binary restenosis rate. Because our study was small and not randomized, it does not allow statements on differences in short-term or long-term performance of the stent systems. However, the lack of substantial differences in 6-month outcome compared with the well-established sirolimus-coated stent suggests that the non-polymer paclitaxel-coated Cook stent is reasonably safe and effective.

REFERENCES

1. Grüntzig AR, Senning A, Siegenthaler WE. Non-operative dilatation of coronary artery stenosis-percutaneous transluminal coronary angioplasty. *N Engl J Med* 1979;301:61-7.
2. Sigwart U, Puel J, Merkovich V, et al. Stent to prevent occlusion and restenosis after transluminal angioplasty. *N Engl J Med* 1987;316:701-5.
3. Fishman DL, Leon MB, Baim DS, et al. A randomized comparison of coronary- stent placement and balloon angioplasty in the treatment of coronary artery disease. *N Engl J Med* 1994;331:496-501.
4. Serruy PW, De Jaegere P, Kiemeneij E, et al. A comparison of balloon-expandable-stent implantation with balloon angioplasty in patients with coronary artery disease: The BENESTENT study group. *N Engl J Med* 1994;331:489-95.
5. Yutani C, Ishibashi-Ueda H, Suzuki T, et al. Histological evidence of foreign body granulation tissue and de novo lesions in patients with coronary stent restenosis. *Cardiology* 1999;92:171-7.



DISCUSSION

We investigated the in-stent restenosis (ISR) rate of sirolimus-eluting and paclitaxel-eluting stents. The main finding of our study is that the sirolimus-eluting and paclitaxel-eluting stents appear equally effective and safe in reducing the restenosis rate (12.9% vs. 15.3%). No deaths or MIs were reported at follow-up. Target lesion revascularization, target vessel revascularization, and target vessel failure rates were similar between the two groups.

The rapamycin stent has a much better data base; we know much more about it than about the paclitaxel stent. Accordingly, it is important to establish that the Cook stent is not apparently inferior to the rapamycin stent. Therefore, our observational study tested the efficacy and safety of the Cook stents (paclitaxel-eluting without a polymer) in comparison with the Cypher® (sirolimus-eluting) stent. The sirolimus-eluting stents used in this study were composed of a tubular stainless steel stent, the Bx Velocity stent (Cordis), coated with a 5 µg-thick layer of non-erodable polymer blended with sirolimus. The paclitaxel-eluting stents were V-Flex stents (Cook) impregnated directly with paclitaxel without a polymer. In contrast, the Milan DES experience compared rapamycin stents with Taxus® stents (polymer-based paclitaxel-eluting stent). The results of this study were presented at the American Heart Association (AHA) scientific sessions in 2004.⁸ In this trial, 1362 patients underwent drug-eluting stent (DES) implantation: 921 received the Cypher® stent and 441 patients received the Taxus® stent. At 30 days, revascularization of target lesion was performed in one patient in the Cypher® versus 2 patients in the Taxus® group. Three patients in each group developed subacute thromboses ($P=0.3$). The overall MACEs were similar between the both groups (Cypher®, 3 patients vs. Taxus®, 3 patients). In the Cypher® group, 457 patients underwent clinical follow-up at 6 months. Target lesion revascularization was performed in 71 patients (15.5%), while 83 patients (18%) underwent TVR.

Furthermore, this trial compared efficacy and safety between the Cypher® and Taxus® stents in chronic total occlusion (CTO). Sixty-nine patients received Taxus® stents, while 132 patients received Cypher®

stents. In the Taxus® arm, angiographic follow-up was available in 10 (15%) of patients. Minimal lumen diameter at follow-up was 2.92 ± 0.61 mm, and diameter stenosis % was $11 \pm 10\%$. Clinical follow-up was performed at 5 ± 2.9 months. Three patients (4.3%) had TLR, and 3 patients (4.3%) had TVR. Major adverse cardiac events were reported in 3 patients (4.3%). In the Cypher® arm, angiographic follow-up was available in 49% of patients. Minimal lumen diameter at follow-up was 1.66 ± 1.02 mm, and DS% was $45 \pm 32\%$. Clinical follow-up was done at 9 ± 4.4 months. Fifteen patients (11.3%) had TRL, and 18 patients (18%) had TVR. Major adverse cardiac events were reported in 19 patients (14.4%).

What does this mean? There was no statistical difference in outcome in this preliminary, small experience. Moreover, Omar AR *et al*⁹ compared the Cypher® and Taxus® (polymer-based paclitaxel-eluting) stents in PCI of complex coronary stenosis. This trial was conducted at the National University Hospital, Singapore, and the findings were presented at scientific sessions of the American Heart Association in 2003. Dr Omar reviewed outcomes of 145 patients: 58 received Cypher® stents and 87 received Taxus® stents. Ninety-six percent of the target lesions were *de novo*, while 4% had undergone previous percutaneous coronary intervention (PCI). At 30 days, revascularization of the target vessel was required in two patients, one in each arm, and one Taxus® patient developed subacute stent thrombosis a week after the procedure. There was a trend at 30 days toward lower MACE rates in the Taxus® arm than in the Cypher® arm (8% vs. 15.5%), but this was not sustained at 6 months, at which time the rate in the Taxus® arm was 2.4% vs. 1.9% in the Cypher® arm. Moreover, there was a statistically significant larger mean reference diameter (2.83 vs. 2.68 mm) and post-minimal luminal diameter (2.87 vs. 2.66 mm) in the Taxus® arm ($P<0.001$). At 6 months, there was a significant difference in clinical outcomes even though the patients in the Cypher® arm had more complex lesions.

Over the past decade, the use of stents has become common practice during PCI, especially after clinical trials showed evidence of decreased restenosis rates when compared with balloon angioplasty alone.^{4,10}



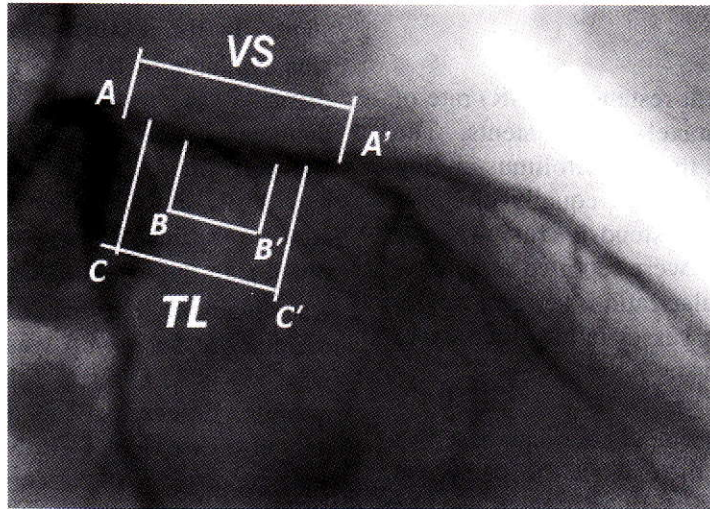


Figure 2. Vessel segment (VS) was defined as the segment bounded by side branches proximal (A) and distal (A') to the stent segment. Target lesion (TL) encompassed the stent segment and edge segment. The length of the vessel covered by stent struts defined the stent segment (from B to B'). The edge segments encompassed the vessel 5 mm proximal (C) and distal (C') to the stent.

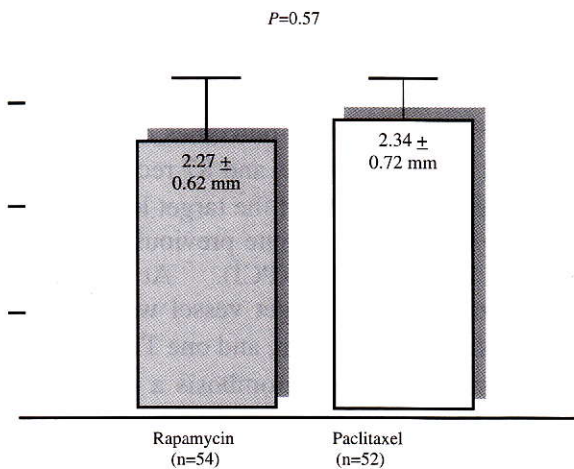


Figure 3. Minimal luminal diameter (MLD) at follow-up.

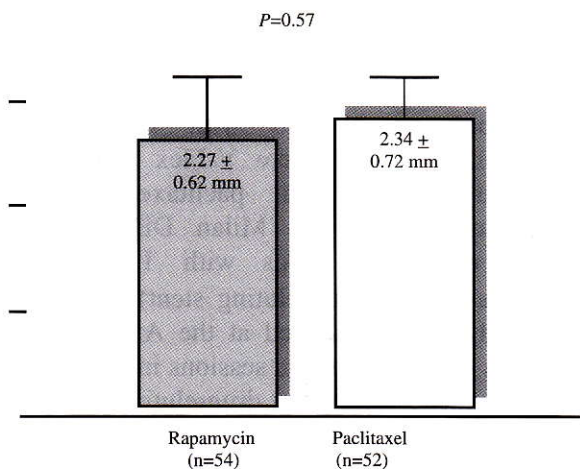


Figure-4. Diameter stenosis (DS%) at follow-up.

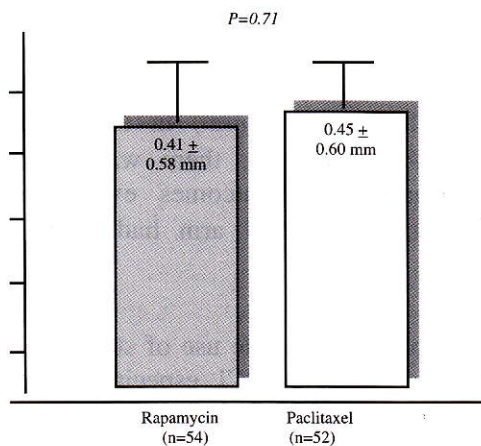


Figure-5. Late loss at follow-up.

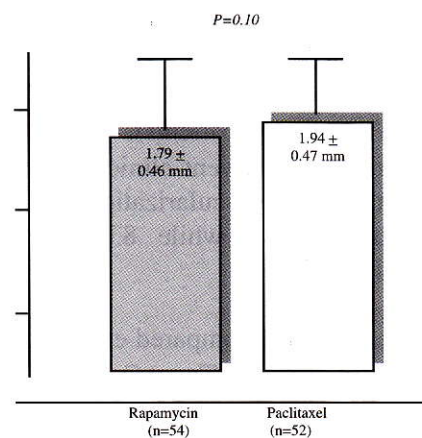


Figure-6. Acute gain at follow-up.

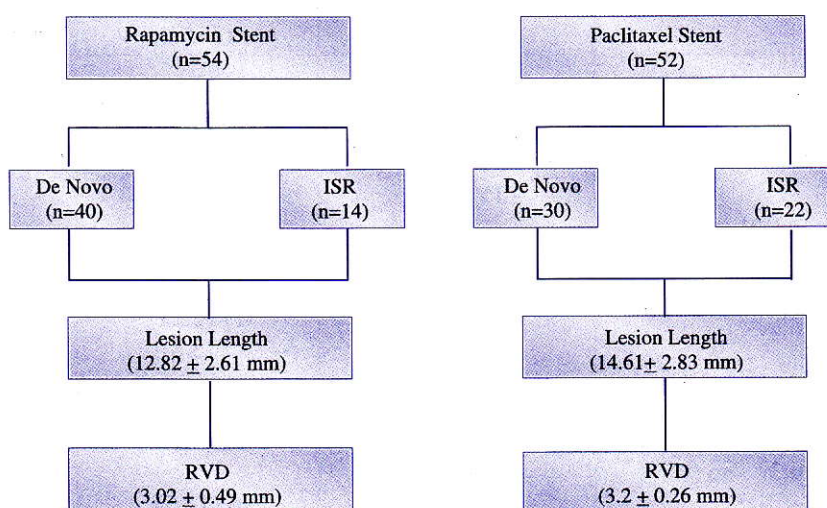


Variable	Rapamycin group (n=54)	Paclitaxel group (n=52)	P value
Lesion length (mm)	12.82 ± 2.61	14.61 ± 2.83	0.15
Reference diameter (mm)	3.02 ± 0.49	3.20 ± 0.26	0.20
Diameter stenosis (%)			
Before	70.25 ± 13.39	71.46 ± 14.27	0.65
After	9.51 ± 9.42	10.40 ± 6.27	0.57
At F/U	25.11 ± 18.24	25.90 ± 21.23	0.83
MLD (mm)			
Before	0.90 ± 0.45	0.87 ± 0.42	0.73
After	2.73 ± 0.47	2.80 ± 0.33	0.32
At F/U	2.27 ± 0.62	2.34 ± 0.72	0.57
Late loss (mm)	0.41 ± 0.58	0.45 ± 0.60	0.71
Acute gain (mm)	1.79 ± 0.46	1.94 ± 0.47	0.10
Net gain (mm)	1.37 ± 0.57	1.64 ± 0.84	0.52
Loss index	0.34 ± 0.38	0.29 ± 0.42	0.59
Binary restenosis-no (%)	7 (12.9)	8 (15.3)	0.65
<i>De novo</i> lesions	3 (7.5)	3 (10)	0.06
In-stent restenosis	4 (28.5)	5 (22.7)	0.07

Table 4. Angiographic measurements.

Events	Rapamycin group (n=54)	Paclitaxel group (n=52)	P value
Death no (%)	0	0	-
MI no (%)			
Q-wave	0	0	-
Non Q-wave	0	0	-
TLR no (%)			
TL-CABG	0	0	-
TL-PCI	6 (11.1)	6 (11.5)	0.78
TVR no (%)	1 (1.8)	2 (3.8)	0.44
TVF no (%)	2 (3.7)	3 (5.7)	0.52

Table-5. Clinical events at follow-up.



Primary endpoint: Angiographic DS% at follow-up.

Angiographic endpoints: Late loss, binary restenosis, and MLD at follow-up.

Clinical endpoints: The rate of death, MI (Q-wave, and non-Q-wave), CABG, TLR, and TVR at follow-up.

Primary endpoint: Angiographic diameter stenosis (DS%) at follow-up.

Secondary endpoint: Late loss, restenosis rate, and minimal lumenal diameter.

Figure-1. Study design



Variable	Rapamycin group (n=54)	Paclitaxel group (n=52)	P value
Total number of stents	86	82	0.60
One stent	31	28	0.52
Two stents	14	18	0.32
Three stents	9	6	0.21
Stent length (mm)			0.0002
Stent diameter (mm)			0.22
Inflation pressure (atm)			0.31
Direct stenting no (%)	36 (66.6)	30 (57.7)	0.26
Post-dilatation no (%)	6 (11.1)	16 (30.7)	0.01

Table1.Characteristics of the stents in the two groups.

Variables	Rapamycin group (n=54)	Paclitaxel group (n=52)	P value
Age y			0.32
Male no (%)	41 (76)	37 (71.2)	0.47
Female no (%)	13 (24)	15 (28.8)	0.55
Smoking no (%)	26 (48.2)	15 (28.8)	0.004
Diabetes no (%)	17 (31.5)	12 (23)	0.14
Hypertension no (%)	45 (83.3)	52 (100)	0.31
Hypercholesterolemia no%	52 (96.2)	50 (96.2)	0.69
Obesity no (%)	18 (33.3)	19 (36.5)	0.72
Family history no (%)	13 (24)	16 (30.7)	0.42
Stable angina no (%)	48 (88.8)	39 (75)	0.14
Unstable angina no (%)	5 (9.2)	11 (21.1)	0.06
NSTEMI no (%)	1 (1.8)	2 (3.8)	0.44
Prior MI no (%)	10 (18.5)	10 (19.2)	0.78
Prior CABG no (%)	11 (20.4)	7 (13.4)	0.12

Table 2. Demographic and clinical characteristics of study groups.

Variable	Rapamycin group (n=54)	Paclitaxel group (n=52)	P value
No. of diseased vessel no (%)			
1	8 (14.8)	16 (30.7)	0.04
2	31 (57.4)	17 (32.7)	0.006
3	15 (27.7)	19 (36.5)	0.33
Target lesion no (%)			
LAD	22 (40.7)	24 (44.4)	0.62
LCX	25 (46.3)	15 (28.8)	0.009
RCA	6 (11.1)	11 (21.1)	0.12
SVG	1 (1.8)	2 (3.8)	0.45
Type of lesion no (%)			
De novo	40 (74)	30 (57.7)	0.06
ISR	14 (26)	22 (42.3)	0.08
Lesion classification no (%)			
A	5 (9.2)	6 (11.5)	0.62
B1	20 (37)	17 (32.7)	0.43
B2	19 (35.2)	15 (28.8)	0.38
C	10 (18.5)	14 (26.9)	0.27

Table-3. Characteristics of lesions in the two groups.



second in two contiguous leads with an increase of creatine kinase level greater than twice the upper limit of normal and a creatine kinase MB fraction greater than twice the upper limit of normal. Non-Q-wave myocardial infarction was documented on the basis of cardiac enzyme elevation (Troponin I > 0.1 ng/mL).

Target lesion revascularization (TLR) was defined as need for angioplasty or bypass surgery to treat angiographic diameter stenosis more than 50% within 5 mm proximal or 5 mm distal to the stent edges. Target vessel revascularization (TVR) was defined as need to treat the lesions beyond stent segment. Target vessel failure (TVF) was defined as TVR, MI, or cardiac death not attributed to a non-target vessel.

RESULTS

Between August 2002 and February 2004, 106 patients were enrolled: 54 in the rapamycin group and 52 in the paclitaxel group. Analysis of demographic and clinical characteristics are shown in Table 2. Forty patients (74%) in the rapamycin group had *de novo* lesion versus 30 patients (57.7%) in the paclitaxel group. The number of restenotic lesions was (rapamycin, n=14 vs. paclitaxel, n=22). The anatomy of the arteries and characteristics of the lesions are shown in Table 3.

Before the procedure, lesion length was 12.82 ± 2.61 mm (rapamycin) vs. 14.61 ± 83 mm (paclitaxel) ($P=0.15$) and reference diameter (RD) was 3.02 ± 0.49 mm (rapamycin) vs. 3.20 ± 0.26 mm (paclitaxel) ($P=0.20$). Before the procedure, there was no statistical difference of MLD between the two groups (rapamycin, 0.90 ± 0.45 mm vs. paclitaxel, 0.87 ± 0.42 mm; $P=0.73$). After the procedure, MLD was also similar between the two groups (rapamycin, 2.73 ± 0.47 mm vs. paclitaxel, 2.80 ± 0.33 mm; $P=0.32$). Minimal luminal diameter at follow-up was (rapamycin, 2.27 ± 0.62 mm vs. paclitaxel, 2.34 ± 0.72 mm; $P=0.57$). The diameter stenosis (DS%) at follow-up was rapamycin, 25.11 ± 18.24 vs. paclitaxel 25.90 ± 21.23 ; $P=0.83$. Angiographic analysis showed no significant differences of DS% before and after the procedure between two groups ($70.25 \pm 13.39\%$ vs. $71.46 \pm 14.27\%$; $P=0.65$; $9.51 \pm 9.42\%$ vs. $10.40 \pm 6.27\%$; $P=0.57$; rapamycin vs. paclitaxel). The rate of

restenosis, defined as stenosis of more than 50%, was 12.9% in the rapamycin group in comparison with 15.3% in the paclitaxel group ($P=0.65$) (Table 4). Stent segment analysis revealed the same late loss in both treatment groups (0.41 ± 0.58 mm vs. 0.45 ± 0.60 mm; $P=0.71$; rapamycin vs. paclitaxel). In addition, there was no significant difference of acute gain between the two groups (1.79 ± 0.46 mm vs. 1.94 ± 0.47 mm; $P=0.10$; rapamycin vs. paclitaxel). Finally, the difference of loss index between the two groups was not statistically significant (rapamycin, 0.34 ± 0.38 vs. paclitaxel, 0.29 ± 0.42 ; $P=0.59$) (Table 4). See also Figures 3, 4, 5, and 6. The major adverse cardiac events (MACE) are summarized in Table 5. No patients in either group suffered from MI, either Q-wave or non Q-wave, at follow-up. The incidence of the death was 0% in the both groups. In the rapamycin group, 6 patients (11.1%) underwent percutaneous coronary intervention (PCI), either brachytherapy or drug-eluting stent implantation, at follow-up because of high-degree in-stent restenosis (ISR) within 5 mm proximal and 5 mm distal to the stent edges (TLR), and 1 patient (1.8%) underwent drug-eluting stent implantation due to high-degree restenosis beyond the stent segment (TVR). In the paclitaxel group, 6 patients (11.5%) underwent PCI for high-degree restenosis in the lesion segment (TLR), and 2 patients (3.8%) were treated either with brachytherapy or drug-eluting stent implantation due to high-degree restenosis beyond the stent edges (TVR). Coronary artery bypass graft was not performed on any patient in either group at follow-up. Two patients (3.7%) in the rapamycin group had target vessel failure (TVF). The first patient had received a stent of a *de novo* lesion in segment 12 (rapamycin stent was implanted in segments 11, 13) at 6-months follow-up, whereas the second one had undergone stent implantation of a *de novo* lesion in segment 7 distal to the previously implanted rapamycin stent at the 6-month follow-up. In the paclitaxel group, three patients (5.7%) had TVF. The first patient was treated with brachytherapy of in-stent restenosis (ISR) in segment 7 distal to the paclitaxel stent. The second one was also treated with brachytherapy due to the appearance of ISR in segment 6 proximal to the paclitaxel stent, and the third one underwent PTCA of ISR in segment 8 distal to the paclitaxel stent (Table 5).



(28.8%). Lesions were either *de novo* lesions (rapamycin, n=40; paclitaxel, n=30) or restenotic lesions (rapamycin, n=14; paclitaxel, n=22). Patients in the rapamycin group underwent angiographic follow-up after 4-10 months (6.40 ± 1.47 months), whereas the follow-up duration in the paclitaxel group was 3-11 months (6.38 ± 2.43 months), (Figure 1).

Selective coronary angiography was performed by the Judkins technique using the BICOR system (Siemens, Erlangen). Following femoral sheath insertion, all patients received 10,000 IU of heparin. In addition, 0.2 mg nitroglycerin was given intra-coronary after engagement of the left main stem and the right coronary artery. At least four projections for the left coronary artery and two projections for the right coronary artery were taken for optimal views. Guiding catheters were either 6F or 8F (Cordis, Miami, FL, USA). The stents used in the study were sirolimus-eluting Bx Velocity balloon-expandable stent (Cordis Corp) in 2.5, 3.0, and 3.5 mm diameter and the V-Flex stent (Cook, Inc) containing paclitaxel in 2.5, 3.0, and 3.5 mm diameter (Table 1). Standard angioplasty and stent placement were performed with a monorail technique. The stents were chosen to achieve a stent-to-artery ratio of approximately 1.1:1.0. All patients received aspirin 100 mg and clopidogrel 300 mg as a loading dose before the procedure. Heparin was administered during the procedure according to standard practice. After the procedure, in addition to aspirin 100 mg qd indefinitely, clopidogrel 75 mg qd was recommended for 6 months.

Coronary angiograms were obtained before and after stent implantation and at follow-up. All angiograms were performed and analyzed by our Department of Cardiology. Quantitative coronary angiography (QCA) was performed off-line with the use of the edge detection system (Cardiovascular Measurement System, Medis medical imaging system, Leiden, the Netherlands). With this system, the mean variation in determining the absolute diameter is ≤ 0.13 mm. For calibration, the contrast filled guiding catheter was used.⁷ Angiography was carried out in the same orthogonal views before and after the intervention and at follow-up. All angiograms were evaluated after the administration of intra-coronary nitrates. The area of interest was selected after reviewing all cine-films performed during the index procedure. The normal diameters proximal and distal

to the lesion were used to interpolate the reference diameter. The electrocardiographic tracing was also displayed in any angiographic sequence to select frames in the same cardiac cycles. A diastolic frame with sharply defined edges without foreshortening and overlap was usually selected for quantitative coronary angiography. From orthogonal views, the minimal luminal diameter, the reference diameter, and the percentage of stenosis were calculated. Coronary luminal diameter and degree of stenosis were measured before and after intervention, and at follow-up. In addition, acute gain and late loss were calculated. Restenosis was defined as $> 50\%$ diameter stenosis at follow-up. The late loss was defined as the diameter immediately after the procedure minus the diameter at follow-up. Acute gain was defined as the diameter immediately after the procedure minus the reference diameter immediately before the procedure. Loss index was defined as the late loss divided by acute gain. Net gain was defined as the diameter at follow-up minus the diameter before the procedure. The target lesion (TL) was defined as the stent segment plus 5 mm proximal and 5 mm distal to the edge of the stent. The vessel segment (VS) was defined as the segment bounded by side branches proximal and distal to the stent segment (Figure 2). Continuous variables were reported as mean \pm SD. Dichotomous variables were reported as percentage with 95 percent confidence interval. Comparisons were formed with a Pearson chi-square test. For comparison of continuous data, a 2-tailed Student test or a non-parametric Mann Whitney-U test was performed when appropriate. A value of $P < 0.05$ was considered significant.

The primary endpoint was the percentage stenosis at angiographic follow-up, as determined by quantitative angiographic analysis. The secondary angiographic endpoints included late loss, the rate of restenosis (defined as stenosis of more than 50% of the luminal diameter), and the in-stent minimal luminal diameter (MLD).

The secondary clinical endpoints included the incidence of death, the need for coronary bypass or intervention to treat clinical ischemia due to restenosis of the target lesion, and myocardial infarction (Q-wave or non-Q-wave) due to restenosis of the target lesion. Q-wave myocardial infarction was defined by the post-procedural finding of new Q waves greater than 0.04



طريقة الدراسة: تمت هذه الدراسة المراقبة في قسم الأمراض القلبية في مستشفى اسن الجامعي في ألمانيا. تلقى 106 مريضاً متتالياً إما شبكة rapamycin (54 مريضاً) أو شبكة paclitaxel (52 مريضاً) وأجري لهم تصوير وعائي للمتابعة بين شهري 2002/8 و 2004/2. تناول جميع المرضى الأسبرين 100 ملغ مدى الحياة، إضافة إلى clopidogrel بجرعة تحميل بلغت 300 ملغ قبل المداخلة، وجرعة 75 ملغ لمدة ستة أشهر بعد المداخلة. كانت نقطة النهاية البدئية هي نسبة تضيق اللمعة (%DS) عند المتابعة. تضمنت نقاط النهاية الثانوية بالتصوير الوعائي الضياع المتأخر (late loss)، وعودة التضيق أكثر من نصف قطر اللمعة (binary restenosis) وقطر اللمعة الأصغري (minimal lumen diameter) عند المتابعة. تضمنت نقاط النهاية الثانوية السريرية معدل حدوث الوفيات، والحاجة لإجراء مجازات إكليلية أو مداخلة إكليلية لعلاج عودة التضيق في الآفات الهدفية، واحتشاء العضلة القلبية وعودة تروية الوعاء الهدف إضافة إلى عودة تروية الآفة الهدف.

النتائج: كانت نسبة تضيق اللمعة عند المتابعة (باستخدام شبكة رابامايزين $25.11 \pm 8.24\%$ مقابل $25.90 \pm 21.23\%$ بشبكة الباكليتاكسيل، $P=0.83$). كان قطر اللمعة الأصغري بالمتابعة 2.27 ± 0.62 ملم باستخدام شبكة رابامايزين مقابل 2.34 ± 0.72 بشبكة الباكليتاكسيل $P=0.57$. تم تحديد عودة التضيق لأكثر من نصف قطر اللمعة في سبعة مرضى من مجموعة رابامايزين (12.9%)، مقارنة مع ثمانية مرضى من مجموعة الباكليتاكسيل (15.3%) ($P=0.65$). كان الضياع المتأخر متساوياً بين المجموعتين. لم يعاني أي مريض من المجموعتين من احتشاء عضلة قلبية خلال فترة المتابعة. لم تحدث أية حالة وفاة في كلتي المجموعتين ولم تجر أية جراحة مجازات إكليلية. كانت عودة تروية الوعاء الهدف وعودة تروية الآفة الهدف متساوية في المجموعتين.

الخلاصة: في هذه الدراسة المراقبة لم نلاحظ فروق هامة بين شبكة rapamycin وشبكة paxlitaxel خلال المتابعة، فيما يتعلق بالمتغيرات في التصوير الوعائي أو الحوادث السريرية.

INTRODUCTION

Since the first human percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA) was performed in 1977, the use of this procedure has increased dramatically, becoming one of the most common medical interventions performed. The technique, initially developed in Switzerland by Andreas Grüntzig, has transformed the practice of revascularization for coronary artery disease (CAD).¹ In 1987 Sigwart *et al* reported the successful implantation of stents into the coronary arteries of 8 patients.² In 1994 two large trials demonstrated the superiority of stenting over conventional angioplasty with reductions of restenosis rates by 30% compared to balloon angioplasty.^{3,4} Depending on the definition used, angiographic restenosis has been reported in as many as 50% of patients within 6 months after balloon angioplasty. Although stent implantation has been shown to reduce restenosis as compared with PTCA, in-stent restenosis (ISR) still occurs in 10-30% of the patients.⁵ Following successful PTCA and stent implantation, intimal repair processes are initiated leading to restenosis in the treated vessel segment. Until recently, the only effective treatment for ISR was brachytherapy, which reduces target vessel revascularization (TVR) rates and binary restenosis rates. Brachytherapy has remained a

technology with limited availability due to some difficulty in logistics and the use of radioactive materials. In contrast, drug-eluting stents containing the immunosuppressive agent rapamycin (sirolimus) and the anti-mitotic agent paclitaxel have shown encouraging reductions in restenosis in *de novo* lesions, and possibly in ISR lesions.⁶

The goal of this study was to compare the restenosis rates in two systems using these agents.

METHODS

This observational study was conducted in the Department of Cardiology at the Essen University, Essen, Germany. A total of 106 consecutive patients received either a rapamycin or a paclitaxel eluting - stent and underwent angiographic follow-up between August 2002 and February 2004.

The patients were divided into two groups (rapamycin, n=54; paclitaxel, n=52). Age of the patients was 61 ± 10 years in the rapamycin group versus 59 ± 11 years in the paclitaxel group. The rapamycin group consisted of 41 male (76%) and 13 female patients (24%), whereas the paclitaxel group consisted of 37 male (71.2%) and 15 female patients



COMPARISON OF RESTENOSIS RATES OF TWO CORONARY STENT SYSTEMS WITH DIFFERENT ACTIVE COATING

مقارنة نسب عودة التضيق بين نوعين من الشبكات الإكليلية

Najib Al-Abdulrazzak, MD, Axel Schmermund, MD.

د. نجيب العبد الرزاق، د. أكسل شمرموند

ABSTRACT

Background & Objective: Angiographic restenosis has been reported in 50% of patients within 6 months after balloon angioplasty. Although stent implantation has been shown to reduce restenosis as compared with percutaneous transluminal coronary angioplasty, in-stent restenosis (ISR) still occurs in 10-30% of the patients. Drug-eluting stents containing the immunosuppressive agent rapamycin and the anti-mitotic agent paclitaxel have shown encouraging reductions in restenosis in de novo lesions, and possibly in in-stent restenosis lesions. The goal of this study was to compare the restenosis rates in two coronary stent systems using rapamycin and paclitaxel.

Methods: This observational study was conducted in the Cardiology Department at the Essen University Hospital, Germany. A total of 106 consecutive patients received either rapamycin eluting stents (n=54) or paclitaxel stents (n=52) and underwent angiographic follow-up between August 2002 and February 2004. All the patients received a daily dose of 100 mg aspirin indefinitely and 300 mg clopidogrel as a loading dose before the intervention and a daily dose of 75 mg for 6 months after the intervention. The primary endpoint was diameter stenosis percentage at follow-up. The secondary angiographic endpoints included late loss, binary restenosis, and minimal lumen diameter at follow-up. The secondary clinical endpoints included the incidence of death, the need for bypass surgery or intervention to treat restenosis of the target lesions, myocardial infarction (Q wave or non Q wave), target vessel revascularization, and target lesion revascularization.

Results: The diameter stenosis (DS%) at follow-up with the rapamycin eluting stent was $25.11 \pm 18.24\%$ vs. $25.90 \pm 21.23\%$ for the paclitaxel stent; $P=0.83$. Minimal lumen diameter at follow-up rapamycin stent vs. 2.34 ± 0.72 mm for the paclitaxel stent, $P=0.57$. Binary restenosis was detected in 7 patients (12.9%) in the rapamycin group compared with 8 patients (15.3%) in the paclitaxel group ($P=0.65$). Late loss was similar between the two groups. No patients in either group suffered from M (Q wave or non Q wave) during follow-up. The incidence of death was 0% in the both groups. Coronary bypass surgery was not performed on any patient in the two groups. Target lesion revascularization and target vessel revascularization were similar in the two groups.

Conclusion: In this observational study, we did not observe significant differences between the rapamycin-coated stent and the paclitaxel-coated stent in terms of follow-up angiographic parameters as well as clinical events.

ملخص البحث

خلفية وهدف الدراسة: لقد سجلت عودة التضيق بالتصوير الوعائي لدى 50% من المرضى خلال 6 أشهر من توسيع (رأب) الأوعية بالبالون. وعلى الرغم من أن زرع الشبكة قد خفض نسبة عودة التضيق مقارنة مع توسيع الأوعية الإكليلية من خلال اللعنة عبر الجلد، فإن عودة التضيق تحدث لدى 10-30% من المرضى. أدت الشبكات المطلية بمواد مثبطة للمناعة مثل الـراباميسين وبمواد مضادة للانقسام الخلوي مثل الباكسلتاكسيل إلى انخفاض مشجع في نسبة عودة التضيق في الآفات الأصلية وبشكل محتمل في عودة التضيق داخل الشبكة (ISR). تهدف هذه الدراسة إلى مقارنة نسب عودة التضيق في نوعين من الشبكات الإكليلية المطلية بإحدى مادتي الـراباميسين والباكسلتاكسيل.

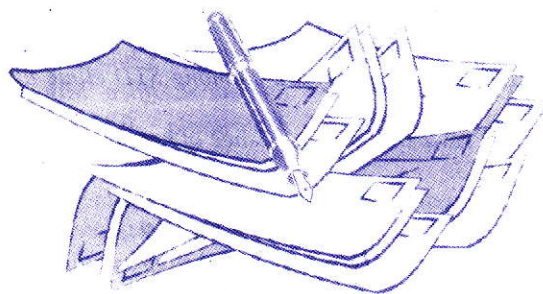
JABMS 2006;8(1):6-15E

*Najib Al-Abdulrazzak, MD, P. O. Box 944, Hama, Syria. E-mail: najib7077@hotmail.com.

*Axel Schmermund, MD, Cardiologisches Centrum Bethanien, Im Pruefling 23, D-60389, Frankfurt, Germany. E-mail: a.schmermund@ccb.de



28. Hallam NF, Fletchen ML, Read SJ, et al. Low risk of sexual transmission of hepatitis C virus. *J Med Virol* 1993;40: 251-3.
29. Risbud A, Pereira M, Meherdale S, et al. Lack of evidence for sexual transmission of hepatitis C in patients attending STD clinics in Pune, India. *Sex Transm Infect* 2003;79:425-8.
30. Bahakim H, Bakir TM, Arif M, Ramia S. Hepatitis C virus antibodies in high risk Saudi groups. *Vox Sang* 1991;60:162-4.
31. Nakashima K, Kashiwagi S, Hayashi J, et al. Sexual transmission of hepatitis C virus among female prostitutes and patients with STDs in Fukuoka, Kyushu, Japan. *Am J Epidemiol* 1992;136:1132-1137.
32. Weinstock HS, Bolance G, Reingold AL, Polish LB. Hepatitis C infection among patients attending a clinic for sexually transmitted diseases. *JAMA* 1993;269:392-394.
33. McKenna JG, Evans G, Lyttle PH, Couper A. HCV seroprevalence in patients attending a sexual health center. *N Z M J* 1994;107:8-10.
34. DeCock KM, Govindarajan H, Chin KP, Rederker AG. Delta hepatitis in the Los Angeles area: a report of 126 cases. *Ann Intern Med* 1986;105:108-14.
35. Liaw YF, Chin KW, Chu CM, Sheen IS, Huang MJ. Heterosexual transmission of hepatitis Delta virus in the general population of an area endemic for hepatitis B virus infection: a prospective study. *J Infect Dis* 1990;162:1170-2.
36. Wu JC, Lee SD, Govindarajan S, et al. Sexual transmission of hepatitis D infection in Taiwan. *Hepatology* 1990;11:57-1061.
37. Wu, Chen CM, Sheen IJ, Lee SD, Tzeng HM, Choo KB. Evidence of transmission of hepatitis D virus in spouses from sequences analysis the viral genome. *Hepatology* 1995;22:1656-60.



REFERENCES

1. WHO. Control of sexually transmitted diseases. WHO EM/STD/5/G/97 Alexandria, World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean. 1997, p.1.
2. Zuckerman AJ. Priorities for immunization against hepatitis B. *Br Med J* 1982;284:686-8.
3. Sherlock S. Viral hepatitis C. *Curr Opin Gastroenterol* 1993;9:341-8.
4. Rizzeto M, Ponzetto A, Forzani I. Hepatitis delta virus as a global health problem. *Vaccine* 1990;8(suppl.):s10-s14.
5. Omer AR, Thewaini AJ. Hepatitis B surface antigen in the Iraqi population. *Trans Roy Soc Trop Med Hyg* 1976;70:527-8.
6. Al-Balaghi SMA, Kassir Z, Thewaini AJ. Hepatitis B surface antigen in various liver diseases in Iraq. *J Trop Med Hyg* 1977;80: 248-51.
7. Al-Alwan AS, Omer AR, Al-Ani FS. Prevalence of hepatitis B surface antigen and anti-HBs in health care personnel in Baghdad. *Arab J Med* 1986;5:4-6.
8. Al-Kubaisy WA, Niazi AD, Kubba K. Lack of mother to newborn transmission of hepatitis C in Iraqi women: A prospective study with hepatitis virus RNA testing. *JABMS* 2000;2:91-5.
9. Al-Hilli HA, Ghadhban JM. Prevalence of serological markers of hepatitis B virus (HBsAg) and hepatitis C virus (HCV Ab) among blood donors and certain risk groups. *J Fac Med Bagh* 2000;42:45-52.
10. Rassam SW, Omer AR, Niazi MM. Delta virus infection in asymptomatic HBV carriers and in patients with chronic liver disease. In Zuckerman AJ (ed.), *Viral hepatitis and liver disorders*. New York, Alan R. Liss. Inc., 1988, pp.421-4.
11. Omer AR, Al-Douri S. Viral hepatitis in Iraqi normal population. *Proceedings of second national symposium on viral hepatitis, Baghdad, Iraq, 1984;27-29 Oct.:* pp.76-7
12. Christopher PJ, Crewe EB, Mailer PT, Murphy AM. Hepatitis B infection among STD clinic patients in Sydney. *Aust NZ J Med* 1984;14:491-4.
13. Gan Cy, Yaps F, Ngeow YF, et al. Hepatitis B infection among Chinese STD patients in Kula Lampur, Malaysia. *Sex Transm Dis* 1991;18:84-8.
14. Peterson EE, Clemens R, Bock HL, Friese K, Hess G. Hepatitis B and C in heterosexual patients with various sexually transmitted diseases. *Infection* 1992;20:128-31.
15. Rosenblum L, Darrow W, Witte J et al. Sexual practices in the transmission of hepatitis B virus and prevalence of hepatitis delta virus infection in female prostitutes in the United States. *JAMA* 1992;267:2477-81.
16. Stary A, Koop W, Heller, Vitouch C. Coincidence of hepatitis B virus markers and other sexually transmitted diseases in different STD-risk groups. *Int J Med Microbiol Virol Parasitol Infect Dis* 1992;276:548-55.
17. Kvinsedal BB, Worm AM, Gottschau A. Risk factors for hepatitis B virus infection in heterosexual attending a venereal disease clinic in Copenhagen. *Scand J Infect Dis* 1993;25:171-5.
18. Kura MM, Hira S, Kohli M, et al. High occurrence of HBV among STD clinic attendees in Bombay, India. *Int J STD AIDS* 1998;9:231-3.
19. Risbud A, Mehendale S, Basus S, et al. Prevalence and incidence of hepatitis B virus infection in STD clinic attendees in Pune India. *Sex Transm Inf* 2002;78:169-73.
20. Ghanaat J, Sadeghian A, Ghazvini K, Nassiri MR. Prevalence and risk factors for hepatitis B virus infections among STD patients in northwest region of Iran. *Med Sci Monit* 2003, 9:CR91-94.
21. Smikle M, Dowe G, Hylton Kong T, Williams E. Hepatitis B and C viruses and sexually transmitted disease patients in Jamaica. *Sex Transm Inf* 2001;77:295-69.
22. Tien PC, Kovacs A, Bacchetti P, et al. Association between syphilis, antibodies to herpes simplex virus type 2 and recreational drug use and hepatitis B virus infection in the Women's Interagency HIV study. *Clin Infect Dis* 2004;39:1363-70.
23. Kadir MK, Ismail AM, Tahir SS. Seropositivity of hepatitis B and C among different groups of population in Al-Tameem province. *Iraq J Comm Med* 2001;14:21-4.
24. Mahmood AA, Addose SA, Salih HA, Al-Kadhi A. Seroprevalence of HBsAg and anti-HCV positive blood donors in Najaf governorate. *Iraqi J Comm Med* 2001;14:29-33.
25. Brettler DB, Mannuci PM, Gringeri A, et al. The low risk of hepatitis C virus transmission among sexual partners of hepatitis C infected hemophilic males: an international multicenter study. *Blood* 1992;80:540-3.
26. Gordon SC, Patel AH, Kulesza GW, et al. Lack of evidence of heterosexual transmission of hepatitis C. *Am J Gastroenterol* 1992;87:1849-51.
27. Osmond DH, PAdian NS, Sheppard HW, et al. Risk factors for hepatitis C seropositivity in heterosexual couples. *JAMA* 1993;269:361-5.



Group	No. tested	HBsAg positivity	Anti-HCV positivity	Anti-HDV positivity
		No (%)	No (%)	No (%)
Patients with STDs	163	8 (4.9)	2 (1.2)	0 (0.0)
Hospital controls	100	1 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
"Healthy" controls	200	6 (3.0)	1 (0.5)	0 (0.0)

Table 1. The prevalence of HBsAg, anti-HCV and anti-HDV among patients with STDs and both control groups.

Group	No. tested	HBsAg Positivity
		No (%)
Patients with syphilis	56	4 (7.1)
Patients with gonorrhea	38	2 (5.3)
Patients with genital warts and molluscum contagiosum	27	2 (7.4)
Hospital controls	100	1 (1.0)
"Healthy" controls	200	6 (3.0)

Table 2. Prevalence of HBsAg in patients with syphilis, gonorrhea or genital warts and molluscum contagiosum and in control groups.

differences were of no statistical significance (Table 2).

Two of the HBsAg seropositive patients gave a history of invasive dental surgical procedure, and one of the anti-HCV seropositive patients had a history of major surgical procedure with blood transfusion.

DISCUSSION

This study revealed a higher prevalence of HBsAg among patients with STDs than among both hospital control, and "healthy control" groups, although the difference did not reach the 5% level of statistical significance. In this study, however, the seroprevalence among STD patients was high and exceeded the estimated national prevalence of HBsAg carriage in the general population.^{5,11} This may support the possibility of sexual transmission of HBV, a finding which has been reported from several countries.¹²⁻²⁰

Smickle *et al*²² did not find any support for sexual transmission of HBV in Jamaica. Only patients with syphilis had a significantly higher prevalence of HBsAg than control groups. Numerous studies have reported a high prevalence of HBV markers in patients with syphilis or a history of genital ulcer.^{15,16,19,22} The finding that more than half of HBsAg positive STD patients had anti-HBc (IgM) and that a fourth of them were HBeAg carriers indicate that most HBsAg positive STD patients had a recent infection and a

considerable proportion of them had relatively high infectivity.

This study showed, also, that STD patients had a higher prevalence of anti-HCV than both hospital and reported among blood donors in different regions of Iraq.^{9,23,24} Nonetheless, seroprevalence amongst STD patients was low. This probably provides evidence for a low risk for sexual transmission or even a lack of sexual transmission of hepatitis C virus. This is in agreement with other studies.^{21,25-29} Other workers reported a higher prevalence of HCV markers among patients with STDs than among a "healthy" population.³⁰⁻³³ The lack of detection of anti-HDV among HBsAg carriers could be due to the low prevalence of anti-HDV among asymptomatic Iraqi HBsAg carriers which was previously reported to be 4.7%.¹⁰ Several workers, however, have reported that sexual contact may be an important route for HDV transmission.^{15,34-37}

CONCLUSION

It appears from this study that there is a need for screening of STD patients for HBV and HCV markers. Vaccination should be considered for persons at high risk of sexual transmission of hepatitis B in our country. Further studies may provide more information on the transmission of these viruses by sexual routes in the future.



الخلاصة: كانت نسبة انتشار HBsAg و anti-HCV أعلى لدى المصابين بالأمراض المنقولة جنسيا منها لدى المصابين بأمراض أخرى ولدى الأصحاء المتبرعين بالدم، لذا يجب التحري عن إصابات التهاب الكبد الفيروسي لدى المصابين بالأمراض المنقولة جنسياً وكذلك تلقيح الأشخاص المعرضين لهذه الأمراض.

INTRODUCTION

Sexually transmitted diseases (STDs) are very common in the world and cause high morbidity with illness, complications and sequelae.¹ During the last few decades, not only has there been a steady increase in the incidence of STDs, but there has also been a striking change in the types of diseases encountered including viruses such as herpes viruses, hepatitis viruses and HIV. Hepatitis B virus, HCV, and HDV represent a major public health problem throughout the world due to their high rate of morbidity and mortality through development of both acute and chronic hepatitis, liver cirrhosis, and hepatocellular carcinoma.²⁻⁴ These facts have resulted in raising the scientific interest in the subject of STDs and the concomitant spread of infections like HIV infection and viral hepatitis.

In Iraq, several studies have defined the prevalence of HBV,⁵⁻⁷ HCV,^{8,9} and HDV¹⁰ markers among selected populations. No information on the sexual transmission of these three forms of viral hepatitis is available. The aim of this study was to find out the prevalence of HBV, HCV and HDV markers in patients with STDs.

METHODS

A total of 463 subjects were examined. They included 163 patients with various STDs (study group) and 100 patients with diseases other than STDs (hospital controls) attending the outpatient clinics of Baghdad Teaching Hospital. They also included 200 apparently "healthy" blood donors (healthy controls). Patients with STDs had a mean age of 30.8 \pm 11.6 (range 15-58) years with a male:female ratio of 2.37:1. The age and sex of the control groups were matched with those of the study group. The study group included 56 patients with syphilis, 38 with gonorrhea, 27 with genital warts and molluscum contagiosum, 23 with non-gonococcal urethritis, 16 with genital herpes simplex and seven with pediculosis pubis. Diagnosis was established on the basis of history, physical examination, and standard laboratory investigations.

Each patient was interviewed and a detailed questionnaire was completed in order to define other possible risk factors of transmission of the three forms of viral hepatitis.

Blood samples were obtained from each subject; sera were separated from clotted blood by centrifugation, divided into aliquots, and stored at minus 20°C until tested. Serum testing was carried out at the Central Public Health Laboratory, Baghdad, by enzyme linked immunosorbent assay (ELISA) using the commercially available kits for detection and confirmation of serological markers of hepatitis B, C and D (HBsAg, HBeAg, anti-Hbe, anti-HBc(IgM), anti-HCV and anti-HDV). The methods used were as described in the instruction sheets.

The variables were analyzed statistically by chi-square (χ^2) and Yate's correction. *P* values less than 0.05 were considered statistically significant.

RESULTS

The prevalence of HBsAg among the study group was 4.9%, which is higher than among both hospital and "healthy" controls (1% and 3%, respectively). Anti-HCV was present in 1.2% of patients with STDs, while the rate was 0.0% and 0.5% among hospital and "healthy" controls, respectively. Statistical analysis showed no significant differences in the prevalence of HBV and HCV between the study group and both control groups (*P* > 0.05). Neither the study group nor the control groups were seropositive for anti-HDV. These findings are shown in Table 1. The prevalence of anti-HBc (IgM), HBeAg, and anti-Hbe among HBsAg seropositive patients with STDs were 62.5%, 25% and 37.5%, respectively. Among patients with STDs, only those with syphilis had a significantly higher prevalence of HBsAg (7.1%) than hospital controls (*P* < 0.05). Although patients with gonorrhea or genital warts and molluscum contagiosum had a higher prevalence of HBsAg (5.3% and 7.4%, respectively) than both control groups, these



PREVALENCE OF THE SEROLOGICAL MARKERS OF HEPATITIS B, C, AND D AMONG PATIENTS WITH SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES (STDs) IN BAGHDAD, IRAQ

نسبة انتشار واصمات التهاب الكبد من النمط B و C و D
بين المرضى المصابين بالأمراض المنقولة جنسياً في بغداد، العراق

Kazhan A. Toffik, MD, Jawad K. Al-Diwan, MD, Tariq S. Al-Hadithi,
Makram M. Al-Waiz, MD, Ali R. Omer, MD.

د. كحان علي توفيق، د. جواد كاظم الديوان، د. طارق سلمان الحديثي،
د. مكرم مكي الواعظ، د. علي عمر رجب

ABSTRACT

Background & Objective: A scientific interest in the subject of the sexually transmitted diseases (STDs) and the concomitant transmission of other infections such as HIV infection and viral hepatitis is becoming of increasing importance all over the world. The aim of the study was to determine the prevalence of hepatitis B, C and D markers among patients with STDs in Iraq.

Methods: A survey for HBV, HCV, and HDV markers was carried out on sera of patients with STDs (study group), patients with diseases other than STDs (hospital controls) and healthy blood donors (healthy controls). All sera were tested by enzyme linked immunoassay (ELISA).

Results: A total of 463 sera were tested; 4.9%, 1% and 3% of STD patients, hospital controls and healthy controls were found to be positive for HBsAg, respectively. Anti-HCV was prevalent among 1.2%, 0.0% and 0.5% of STD patients, hospital controls and healthy controls, respectively. Anti-HDV was undetected in the study group and both control groups.

Conclusion: Patients with STDs had a higher prevalence of HBsAg and anti-HCV than control groups. Therefore, they should be screened for HBV and HCV markers and HBV vaccination should be considered for persons at risk of sexual transmission in Iraq.

ملخص البحث

خلفية وهدف الدراسة: يتزايد حالياً الاهتمام العلمي عبر العالم بالأمراض المنقولة جنسياً وبالانتقال المرافق للأمراض العدوائية الأخرى مثل عدوى فيروس HIV و التهاب الكبد الفيروسي. تهدف هذه الدراسة إلى تحري نسبة انتشار واصمات التهاب الكبد B و C و D بين المرضى العراقيين المصابين بالأمراض المنقولة جنسياً.

طريقة الدراسة: أجري مسح لواصلات التهاب الكبد الفيروسي B و C و D في مصول المصابين بالأمراض الجنسية (مجموعة الدراسة) والمصابين بأمراض أخرى (مجموعة الشاهد من المرضى) ومصول أصحاء من المتبرعين بالدم (مجموعة الشاهد من الأصحاء). تم فحص كافة العينات للتحري عن الواصلات المصلية نمط B و C و D باستعمال المقايسة المناعية المرتبطة بالانزيم (ELISA).

النتائج: فحصت 463 عينة مصلية فكانت نسبة انتشار المستضد السطحي HBsAg لالتهاب الكبد B عند المصابين بالأمراض الجنسية في المجموعات المختلفة 4.9% و 1% و 3%، على التوالي، وكانت نسبة انتشار أصداد الفيروس C (anti-HCV) 1.2% و 0.0% و 0.5% على التوالي. لم تكشف الأجسام المضادة لفيروس التهاب الكبد من النمط D (anti-HDV) عند أي من المجموعات الثلاث.

JABMS 2006;8(1):1-5E

*Kazhan A. Toffik, MB, ChB, MSc, Department of Community Medicine, College of Medicine, Baghdad University, Baghdad, Iraq.

*Jawad K. Al-Diwan, MB Ch B, MSc, Department of Community Medicine, College of Medicine, Al-Anbar University, Iraq.

*Tariq S. Al-Hadithi, MB, ChB, MSc, DTM&H, PhD, Department of Community Medicine, College of Medicine, Baghdad University, Correspondence: Alhadithit47@yahoo.com

*Makram M. Al-Waiz, MB, ChB, DDSc, PhD, Dermatology and Venereology Unit, Dept. of Medicine, College of Medicine, Baghdad University

*Ali R. Omer, BSc, MSc, Central public health lab. Ministry of Health, Baghdad, Iraq.





Journal of the Arab Board of Medical Specializations

A Medical Journal Encompassing All Medical Specializations

Issued Quarterly

CONTENTS

JABMS Vol. 8, No. 1, 2006

P 1-109 E

EDITORIAL

- The Community and the Research
Moufid Jokhadar, MD.
Editor-in-Chief, Secretary General of the Arab Board of Medical SpecializationsP 109 E

ORIGINAL ARTICLES

- Prevalence of the Serological Markers of Hepatitis B, C, and D Among Patients With Sexually Transmitted Diseases (STDs) in Baghdad, Iraq
Kazhan A. Taffik, MD, Jawad K. Al-Diwan, MD, Tariq S. Al-Hadithi, MD, Makram M. Al-Waiz, MD, Ali R. Omer, MD (Iraq).P 1 E
- Comparison of Restenosis Rates of Two Coronary Stent Systems With Different Active Coating
Najib Al-Abdulrazzak, MD, Axel Schmermund, MD (Syria & Germany).P 6 E
- Female Genital Mutilation Among Medical Students in Khartoum, Sudan in 2003: Changing Attitudes
Taha Umbeli Ahmed, MD, Mohammed A. Abu Salab, MD (Sudan).P 16 E
- Cross-sectional Study of the Psychiatric Outpatient Clinic at Baghdad University Hospital in the Year 2003
Maha Sulaiman Younis, MD, Ahmed Samir Al-Naaimi, MD (Iraq).P 22 E
- Complications of Traditional Tonsillectomy in Patients Treated at Al-Thawra Teaching Hospital, Yemen
Mohamed Y. Al-Mahbashi, MD, Yahia A. Raja'a, MD (Yemen).P 26 E
- The Pattern of Colorectal Carcinoma in Nineveh Province, Iraq; a Retrospective Analysis of 162 Biopsies
Shatha Thanoon Ahmad, MD. (Iraq).P 31 E
- Wrong Sex Assignment Pearls and Perils of Our Experience
Mohammed El Imam, MD, Mustafa Omran, MD, Samy Elderderi, MD, Mohammed ElHassan, MD, Nugud F, MD (Sudan).P 36 E
- Fractures of the Penis (Acute Penis)
Adnan Ahmad, MD (Syria).P 95 E
- Treatment of Obesity in Children and Adolescents
Younes Mohammad Kaban, MD (Syria).P 103 E

CASE REPORT

- Strangulated Littre's (Richter's) Hernia
Hasan Kayali, MD, Nedat Matar, MD. (Syria).P 44 E
- The Clinical and Brain CT Scan Features of Acute Infantile Hemiplegia
M. N. Al-Naddawi, MD, Rana Al-Shami, MD. (Iraq).P 48 E

MEDICAL READING

- Tonsillectomy: Historical Account and Update
Nafi M. Shehab, MD (Iraq).P 41 E

SELECTED ABSTRACTS

-P 52 E

NEWS, ACTIVITIES & GRADUATES OF THE ARAB BOARD OF MEDICAL SPECIALIZATIONS

.....P 108 E

A breakthrough in PE & DVT

DVT

PE

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, 178 72 KALLITHEA, ATHENS, GREECE
TEL: 9565 200, TLX: 225230 LEO5 GR, ATHENS, FAX: 9578 491
www.leo-pharma.com

Advisory Board

Pediatrics

*SG.AL-Faori, MD (1)
 *MO.AL-Rwasdeh, MD (1)
 *AK.AL-Koudat, MD (1)
 *M.AL-Shaeb, MD (1)
 *A.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)
 *IA. AL-Moulhem, MD (5)
 *M.Y. YakupJan, MD (5)
 *H.M.Ahmad, MD (6)
 *H.Mourtada, MD (7)
 *MA.Srio, MD (7)
 *Z.Shwaki, MD (7)
 *M.Fathalla, MD (7)
 *M.Bouzo, 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.Aalthani, MD (10)
 *K.AL.AL-Saleh, MD (11)
 *S.Marwa, MD (12)
 *Z.Bitir, MD (12)
 *M.Mekati, MD (12)
 *R.Mekhael, MD (12)
 *SM.AL-Barghathi, MD (13)
 *MH.AL-Souhil, MD (13)
 *S.AL-Zarouk, 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.Ayoub, MD (1)
 *AKH.AL-Ali, MD (1)
 *R.A.Ibrahim, MD (3)
 *L.AL-Rakbani, MD (4)
 *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)
 *AK.AL-Qadro, MD (6)
 *O.Khalafallah Saeed, MD (6)
 *AD.Mohammed, MD (6)
 *J.Dafallah Alakeb, MD (6)
 *S.AL-Sheikh, MD (7)
 *F.Aissa, MD (7)
 *A.Sada, MD (7)
 *A.Darwish, MD (7)
 *Z.Darwish, MD (7)
 *M.Masri.Zada, MD (7)
 *N.Issa, MD (7)
 *N.Daher, MD (7)
 *J.Azmeh, MD (7)
 *F.Al Bayati, MD (8)
 *S.Krekorstrak, MD (8)
 *KH.Abdullah, MD (8)
 *K.AL-Mouhamadi, MD (8)
 *G.Zbaidi, MD (9)
 *B.AL-Reyami, MD (9)
 *I.AL-Jinahi, MD (10)
 *K.AL-Jara allah, MD (11)
 *N.ShamsAldeen, MD (12)
 *N.Nassar, MD (12)
 *S.Mallat, MD (12)
 *S.DDSanusikario, MD (13)
 *T.Alshafeh, MD (13)
 *I.AL-Sharif, MD (13)
 *M.Frandah, MD (13)
 *Th.Muhsen Nasher, MD (16)
 *M.Alhreabi, MD (16)
 *K.AL-Aghbari, MD (16)

Obstetrics & Gynecology

*A.Issa, MD (1)
 *Sh.Shraideh, MD (1)
 *A.Batayneh, MD (1)
 *H.Karakash, MD (2)
 *A.Alshafie, MD (3)
 *Z.AL-Joufai, MD (3)
 *O.H.Alharbi, MD (5)
 *M.H.Addar, MD (5)
 *H.AL-Jabar, MD (5)

*A.H.Yousef, MD (7)
 *A.Farah, MD (7)
 *M.hamami, MD (7)
 *N.Yasmena, MD (7)
 *S.Khondah, MD (8)
 *RM.Saleh, MD (8)
 *F.Rashid, MD (8)
 *G.Alhaj, MD (12)
 *A.Marwah, MD (12)
 *H.Ksbar, MD (12)
 *M.Alkennin, MD (13)
 *A.O.Ekra, MD (13)
 *F.Bouzekh, MD (13)
 *A.Elyan, MD (14)
 *M.R.Alshafie, MD (14)

Surgery

*I.Bany Hany, MD (1)
 *K. Bany Hany, MD (1)
 *A.Alshenak, MD (1)
 *A.Srougeah, MD (1)
 *A.S.Alshreda, MD (1)
 *M.Nessair, MD (1)
 *S.Dradkeh, MD (1)
 *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)
 *M.H. Mufty, MD (5)
 *A.Mufty, MD (5)
 *M.Karmally, MD (5)
 *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)
 *M.Z.AL-Shamaa, MD (7)
 *M.F.AL-Shami, MD (7)
 *M.AL-Shami, MD (7)
 *H.Bekdash, MD (7)
 *M.H.Qtramiz, MD (7)
 *A.Kh. Shams Al-Din, MD (7)
 *M.AL-Rahman, MD (8)
 *O.N.M.Rifaat, MD (8)
 *GA. AL-Naser, MD (8)
 *M.Allwaty, MD (9)
 *A.Babbahane, MD (11)
 *M.A.Bulbul, MD (12)
 *M.Khalifeh, MD (12)
 *P.Farah, MD (12)
 *K.Hamad, 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)
 *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)
 *MA.Qataa, MD (16)

Family & Community Medicine

*S.Hegazi, MD (1)
 *M.AL-Jinibri, MD (1)
 *S.Kharabsheh, 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)
 *B.Aba Alkear, MD (5)
 *N.AL-Kurash, MD (5)
 *M.M.Mansour, MD (6)
 *A.A.AL-Toum, MD (6)
 *A.Altaceb, MD (6)
 *A.Moukhtar, MD (6)
 *H.Bashour, MD (7)
 *N.Hassan, MD (7)
 *M.AL-Sawaf, MD (7)
 *N.AL-Ward, MD (8)
 *O.Habib, MD (8)
 *A.Isamil, MD (8)
 *A.G.Mouhamad, MD (9)

*S.AL-Mari, MD (10)
 *A.AL-Bahoo, MD (11)
 *G.Hammadah, 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)
 *A.AL-Majid, MD (14)
 *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)
 *KH.AL-Koufly, MD (5)
 *A.A.Mouhamad, MD (6)
 *A.Y.Ali, MD (6)
 *D.Abo.Baker, MD (6)
 *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-Majrissi, MD (13)
 *A.M.T.AL-Rouiai, MD (13)
 *A.AL-Raof.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.Hamed, MD (14)
 *N.Louza, MD (14)
 *A.H.AL-Iriani, MD (16)

Dermatology

*M.Sharaf, MD (1)
 *I.Keldari, MD (2)
 *M.Kamun, MD (4)
 *A.M.AL-Zahaf, MD (4)
 *O.AL-Shekh, 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)
 *A.Dandashli, 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.AL-Ansari, MD (10)
 *K.AL-Saleh, 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

*E.Badran, MD (1)
 *Y.Rashdan, MD (1)
 *A.Amrou, MD (1)
 *Z.AL-Samak, MD (3)
 *A.Boker, MD (5)
 *A.Samarkandi, MD (5)
 *H.AL-Omaran, MD (5)
 *A.AL-gamedy, MD (5)
 *Y.AL-Amin, MD (6)
 *Z.Moussa, MD (6)
 *Y.AL-Hindi, MD (6)

*O.AL-Dardiri, MD (6)
 *O.Moussa, MD (7)
 *A.Sallamah, MD (7)
 *H.Naser, MD (7)
 *A.Arnaoot, MD (7)
 *A.Faddel, MD (10)
 *M.Mualem, MD (12)
 *A.Barakeh, MD (12)
 *B.Yazbek, MD (12)
 *M.AL-hello, MD (12)
 *H.Agag, MD (13)
 *AH.AL-flah, MD (13)
 *O.A.Adham, MD (13)
 *A.A.Wafaa, MD (13)
 *H.Sabri, MD (14)
 *A.Salem, MD (14)
 *A.Shawqi, MD (14)
 *A.Fathallah, MD (14)
 *Y.AL-Hraby, MD (16)
 *A.AL-Ramadah, MD (16)

Ophthalmology

*M.AL-Tal, MD (1)
 *M.AL-Badoor, MD (1)
 *N.Sarhan, MD (1)
 *Y.A.AL-Medwahi, MD (2)
 *A.A.Ahmed, MD (3)
 *M.AL-Faran, MD (5)
 *Ar.Gadyaei, MD (5)
 *A.M.Almarzouky, MD (5)
 *K.Tabbara, MD (5)
 *A.AL-Alwady, MD (5)
 *M.Ahmed, MD (6)
 *S.Kh.Thabet, MD (6)
 *A.S.AL-Oubaid, MD (6)
 *A.AL-Sidik, MD (6)
 *R.Saeed, MD (7)
 *A.Azmeh, MD (7)
 *F.Kahtany, MD (10)
 *A.Alabed-Alrazak, MD (11)
 *B.Noural-Deen, MD (12)
 *A.Khoury, MD (12)
 *W.Harb, MD (12)
 *G.Blek, MD (12)
 *A.T.AL-Kalhood, MD (13)
 *F.AL-Farjani, MD (13)
 *M.AL-Zin, MD (13)
 *HF.Awad, MD (14)
 *HZ.Anis, MD (14)

ENT, Head & Neck Surg

*M.AL-Tawalbeh, MD (1)
 *AA.AL-Noaeme, MD (2)
 *A.Jammal, MD (3)
 *A.AL-Khdeem, MD (4)
 *H.AL-Mouhaimed, MD (5)
 *A.Aldkhal, MD (5)
 *K.Daghestani, MD (5)
 *AA.Ashour, MD (5)
 *K.ALhadi, MD (6)
 *O.Moustafa, MD (6)
 *M.Outhman, MD (6)
 *K.M.Shambool, MD (6)
 *A.Hajar, MD (7)
 *N.AL-Haj, MD (7)
 *M.Alsaman, MD (7)
 *M.Ibraheem, MD (7)
 *Ar.Yusefi, MD (7)
 *M.Tasabehji, MD (7)
 *Q.Mansour, MD (7)
 *M.Khabouri, MD (9)
 *A.AL-Kahtani, MD (10)
 *JM. AL-Harbi, MD (11)
 *N.Flehan, MD (12)
 *B.Tabshi, MD (12)
 *S.Mansour, MD (12)
 *S.AL-Routaimi, MD (13)
 *KS.AL-Mosalati, MD (13)
 *M.F.Maatoook, MD (13)
 *J.Amer, MD (13)
 *M.Khalifa, MD (14)
 *W.Aboshlip, MD (14)
 *H.Naser, MD (14)
 *M.H.Abdul, MD (14)
 *M.AL-Khateeb, MD (16)
 *AO.Mouthana, MD (16)

Oral & Maxillofacial Surg

*G.Bukaen, DDS (1)
 *K.AL-Sharaa, DDS (1)
 *I.Arab, DDS (2)

*K.Rahemi, DDS (5)
 *A.Shehab 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.Khourdaja, MD (7)
 *I.Awwa, DDS (7)
 *I.Shabban, 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

*A.Kloub, MD (1)
 *K.AL-Dawood, MD (1)
 *J.Almha, MD (3)
 *M.Hamdy, MD (3)
 *M.M.Salman, MD (5)
 *T.Bakhesb, MD (5)
 *A.AL-Houdaib, MD (5)
 *H.Keteb, MD (5)
 *M.AL-Aarag, MD (7)
 *A.Almousslah, MD (10)
 *R.Mashrafia, MD (12)
 *G.Bashara, MD (12)
 *SH.Mukhtar, MD (14)
 *A.AL-Khouli, MD (14)
 *MM.Foudah, 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.Shoubush, 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)
 *G.Baddour, MD (7)

- 1: Kingdom of Jordan
- 2: United Arab Emirates
- 3: State of Bahrain
- 4: Arab Republic of Tunis
- 5: Saudi Arabia
- 6: Arab Republic of Sudan
- 7: Syrian Arab Republic
- 8: Arab Republic of Iraq
- 9: Sultanate of Oman
- 10: State of Qatar
- 11: State of Kuwait
- 12: Lebanon
- 13: Libyan Arab Jamahiriya
- 14: Arab Republic of Egypt
- 15: Kingdom of Morocco
- 16: The Republic of Yemen

* Members in the scientific councils

Requirements for Authors Submitting Manuscripts to the Journal of the Arab Board of Medical Specializations

N.B. 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 <http://www.icmje.org/>

1. Manuscripts should report original work that has not been published elsewhere either in print or in electronic form. Work that has been presented at a professional meeting is eligible for consideration for publication.
2. All manuscripts received by the *Journal* are submitted to a double blind review by a number of peers in addition to consideration by the editorial staff. Manuscripts are accepted, returned to the author for revision, or rejected on the basis of these reviews.
3. Manuscripts may be submitted either in Arabic or in English. The title page and abstract should be submitted in both languages. Arabic numbers should be used in all articles, regardless of language, (*i.e*
4. Arabic terminology should be standardized according to the United Medical Dictionary. Available at: <http://www.emro.who.int/umdl/> or <http://www.emro.who.int/ahsn>
5. The right of the patient to privacy must be respected. Identifying information should be omitted unless it is essential. Informed consent should be obtained from the patient when it is not possible to achieve anonymity in photographs or other information. When informed consent has been obtained it should be indicated in the published article.
6. All authors should be listed. Each author must have participated in the work. One or two authors should take responsibility for correspondence about the work.
7. A summary of technical requirements follows.
 - Manuscripts should be double spaced in entirety with each section on a new page. Do not use both sides of the paper. Number pages consecutively from the first page to the last in the following sequence: languages along with scientific titles and addresses), abstract and key words, text, acknowledgments, references, tables, and legends. Illustrations and unmounted prints should be no larger than 203 x 254 mm (8 x 10 inches). Leave margins of at least 25 mm (1 inch) on each side. All manuscripts should be submitted on IBM compatible diskettes. The original typed manuscript plus 3 additional copies should be submitted. Alternatively, the manuscript may be submitted by e-mail (jabms@scs-net.org) if it is technically feasible. The authors should maintain copies of all material submitted.
 - Each experimental manuscript should include an abstract in both English and Arabic. The abstract should be structured as follows: Objective, Methods, Results, Conclusion and should contain no more than 250 words. Three to ten key words must be provided after the abstract
 - Research articles should not exceed 4000 words (not including references) and each should be divided into sections as follows: Introduction (concise), Methods, Results, Discussion, and Conclusion. The authors should identify methods (the study group must be well specified and justified), any apparatus used (giving the manufacturer's name and address in parentheses) and procedures to permit reproducibility of the results. Statistical methods should be included with enough data to permit independent verification of the reported results. When data are summarized in the Results section the statistical methods used to analyze them should be specified. Any drugs and chemicals used should include generic names, doses, and routes of administration. Tables and figures should be used to explain and support the premise of the paper. Use graphs as an alternative to tables with many entries. Do not duplicate data in graphs and tables. The number of tables and graphs should be appropriate to the length of the manuscript. It is preferable not to submit more than 6 tables. The Discussion section should include the important aspects of the study and conclusions. The implications of the findings and their limitations should be included. Observations should be related to other relevant studies. Avoid unqualified statements and conclusions that are not supported by the data. Recommendations should be included when relevant.
 - Review articles must not exceed 6000 words (not including references). The structure of the manuscript may be adapted to the material being reviewed.
 - Case Reports about unusual clinical cases will be received. A brief, unstructured abstract should be included.
 - Educational and unusual medical images for publication are welcomed.
 - Use only standard abbreviations. Avoid abbreviations in the title and abstract. The full term for which an abbreviation stands should precede its first use in the text unless it is a standard unit of measurement.
 - Measurements of length, height, weight, and volume should be reported in metric units (meter, kilogram, or liter) or their decimal multiples. Temperatures should be given in degrees Celsius. Blood pressures should be given in millimeters of mercury. All hematologic and clinical chemistry measurements should be reported in the metric system in terms of the International System of Units (SI).
 - Acknowledgements may be given to those providing technical help. Financial and material support should be noted.
 - References should be numbered consecutively in the order in which they are cited in the text. References cited only in tables or figures should be numbered in accordance with the sequence established by the mention in the text of the particular table or figure. References should include the most current information. Titles of journals should be abbreviated according to that used by the *Index Medicus*. (This list can be obtained from the following web site: <http://www.nlm.nih.gov/>). Sufficient data must be included with each reference cited to permit any reader to locate the primary source easily, *e.g.* (1) journal: author, title of article, journal, year, volume, page; (2) book: author, editor, publisher and place of publication, organization, chapter, page. For further details concerning citing conference proceedings, papers, organizations, scientific or technical reports, dissertations, newspaper articles, etc. consult the URM Submitted to Biomedical Journals. *The author is responsible for the accuracy of the references. Manuscripts without acceptable references cannot be published and will be returned to the authors for completion.*
8. Articles that do not meet the technical requirements of the Journal will not be submitted for review unless they are revised.

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.

This Journal is indexed in the IMEMR Current Contents
<http://www.emro.who.int/HIS/VHSL/Imemr.htm>.

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., President of the Advisory Council/ Kingdom of Bahrain

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
Abdulrahman Al-Frayh, M.D./ Saudi Arabia

Chairman of the Scientific Council of Obstetric & Gynecology
Anwar AL-Farra, M.D./ Syria

Chairman of the Scientific Council of Internal Medicine
Salwa Al- Sheikh, M.D./ Syria

Chairman of the Scientific Council of Surgery
Abdel 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
Salah Mansour, M.D./ Lebanon

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
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



للإشارة إلى أهمية: المبادرة الوطنية



JOURNAL OF THE ARAB BOARD OF MEDICAL SPECIALIZATIONS



*A Quarterly Medical Journal
Encompassing all Medical Specializations*

JABMS Vol.8, No.1, 2006