

دراسة وبائية حول سرطان الفم والفكين في سورية

محمد سامر شحرور، زاهر بدورة، محمد جيكو

الخلاصة: يحتل سرطان الفم الموقع السادس عالمياً من حيث الانتشار، ويمثّل تحدياً للطبيب، ومشكلة مصيرية للمريض، وخسارة بشرية ومادية للمجتمع. وقد تم إعداد هذه الدراسة الاستيعادية، لمعرفة وبائيات هذا السرطان في سورية، تمثلياً مع توصيات الاتحاد الدولي لطب الأسنان الذي أكد ضرورة تركيز الجهود على الأورام الفموية. وقد شملت الدراسة المرضى المصابين بسرطان الفم والفكين من المرضى الداخليين، في عدة مستشفيات حكومية في سورية، وذلك خلال الأعوام 1996-2001، وتم جمع المعلومات المطلوبة من محفوظات (أرشيف) المشافي وتسجيلها على استمارة خاصة ثم دراسة المعطيات المجموعة في تلك الاستمارات، وتحليل النتائج والخروج بتوصيات.

Cancer of the jaw and oral cavity in the Syrian Arab Republic: an epidemiological study

ABSTRACT: Oral cancer ranks sixth globally among cancers in terms of prevalence. It is a challenge to physicians, a serious problem to patients and a human and financial loss to the community. This study was conducted to identify the epidemiological factors relating to oral cancer in the Syrian Arab Republic in line with the International Dental Federation recommendations which emphasize the need to focus efforts on oral cancer. The study, conducted between 1996 and 2001, involved outpatients with oral and jaw cancer at several government hospitals. Data were collected from the hospital archives, recorded on special forms and analysed. Recommendations are presented.

Cancer de la mâchoire et de la cavité buccale en République arabe syrienne : étude épidémiologique

RÉSUMÉ Le cancer de la cavité buccale occupe la sixième place au niveau mondial parmi les cancers en termes de prévalence. Cela représente un défi pour le médecin, un problème sérieux pour le patient et une perte humaine et financière pour la communauté. Cette étude a été réalisée pour identifier les facteurs épidémiologiques liés au cancer de la cavité buccale en République arabe syrienne, conformément aux recommandations de la Fédération dentaire internationale qui soulignent la nécessité de centrer les efforts sur le cancer de la cavité buccale. L'étude réalisée entre 1996 et 2001 concernait des patients des consultations externes atteints de cancer de la cavité buccale et de la mâchoire dans plusieurs hôpitaux publics. Les données ont été recueillies dans les archives hospitalières, enregistrées sur des formulaires spéciaux et analysées. Des recommandations sont présentées.

محمد سامر شحرور. رئيس قسم جراحة الفم والفكين، مستشفى ابن النفيس، وزارة الصحة، دمشق، الجمهورية العربية السورية.

M.S. Shahrour. Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Ibn al-Nafis Hospital, Ministry of Health, Damascus, Syrian Arab Republic.

Received: 26/05/04; accepted: 12/10/04

تمهيد

يشمل سرطان الفم¹ النواحي التشريحية التالية: الشفة، اللسان، الغدد اللعابية الرئيسية، اللثة، قاع الفم، باطن الخد، مخاطية أسنخ الأسنان، بالإضافة إلى البلعوم الفموي واللوزتين. ويحتل سرطان الفم الموقع السادس من حيث الشيوع عالمياً، وتشكل الكارسينوما الشائكة الخلايا 90% من الحالات، وتصنّف أورام العظم والنيسيج الضام والأورام اللمفية بشكل منفصل. ويتراوح تواتر السرطان الفموي بين نسبة مئوية ضئيلة في معظم البلدان الغربية، إلى أكثر من 40% عند سكان جنوب آسيا وجنوب شرق آسيا. ومن المناطق ذات الانتشار المرتفع غويانا الجديدة، وأجزاء من البرازيل، وكندا، وفرنسا وما كان يُعرف بالاتحاد السوفيتي. ويبلغ معدل الإصابات بسرطان الفم والفكين في سورية 2.48%² من مجموع الأورام الخبيثة ومعدل الوفيات 0.1 لكل 100 000 مواطن سنوياً.

التوزع بين الجنسين:

يصاب الرجال ضعفاً إصابة النساء في الغرب (1:2)، في حين تصاب النساء أكثر من الرجال أو بنفس المعدل في الهند.

التوزع حسب العمر:

يزداد انتشار سرطان الفم مع العمر حيث تحدث 95% من الإصابات فوق سن الأربعين، ويكون متوسط العمر عند التشخيص 60 عاماً.

التوزع التشريحي:

يشيع سرطان الشفة في العرق الأبيض بالولايات المتحدة، والمواقع الأقل خطورة هي الخنك الصلب وظهر اللسان.

ولوحظ مؤخراً ارتفاعاً في نسبة سرطان اللسان وخصوصاً بين الشباب.

وتشيع في جنوب شرق آسيا إصابة المخاطية الشدقية وخلف الرحوية والصوار commisure.

الوفيات:

يسبب السرطان داخل الفم الموت في عدد كبير من الحالات، أما سرطان الشفة فأقل خطورة.

وتعتبر المواقع الأكثر خلفية الأسوأ مآلاً بشكل عام.

ويمكن شفاء الآفات الصغيرة بالجراحة أو الأشعة وقد تحتاج لمشاركة كيميائية.

الأسباب المرضية:

1. التبغ: إن التبغ عندما يمضغ أو يدخن هو المصدر الرئيسي لتوليد السرطان الفموي.
2. الكحول: إن تكرّر استخدام الكحول يزيد تأثيرات المُسرّطنات الموضعية الأخرى، خصوصاً التبغ، ولو أنه لم يثبت أن الإيثانول الصّرف مُسرّط في حدّ ذاته.
3. الحمية والتغذية: يسبب نقص التغذية ضمور الأغشية المخاطية الفموية والمخاطيات الأخرى، ويجعلها أكثر استعداداً لمولدات السرطان الموضعية. وتوجد رابطة واضحة بين نقص الحديد وبين سرطان المجاري العلوية التنفسية والمضمية. أما الحمية الغذائية الغنية بفيتامين "أ" و "ب" فتوفر وقاية جيدة، وتسبب تراجع الطلاوة Leukoplakia.

(1) تصنف بعض المراجع سرطان البلعوم بشكل منفصل، وكذلك سرطان الغدد اللعابية وسرطان عظام الفكين.

(2) إحصائيات وزارة الصحة السورية.

4. **العدوى بالفطريات:** مما لا شك فيه أن آفات فرط التنسُّج التي تظهر فيها العدوى بالفطريات تحمل في طياتها اختطراً كبيراً للتحوُّل الخبيث. فالإنزيمات الناتجة عن المُبَيضَّات البيضاء قادرة على إنتاج مواد كيميائية مُسرِّطنة.
5. **الفَيروسات:** ثَمَّة دلائل قوية على دور الفَيروسات في التسرطن عند البشر، وثَمَّة علاقة بين الفَيروس الحلبي وسرطان عنق الرحم والمهبل والقضيب والمريء والبلعوم. وبين فيروس التهاب الكبد "بي" وسرطان الكبد وكذلك بين فيروس إيبشتاين بار وفيروس الإيدز.
6. **الأشعة فوق البنفسجية:** تعتبر الأشعة فوق البنفسجية المُسرِّطن الرئيسي في الجلد والمناطق المكشوفة الأخرى.
7. **نقص المناعة:** يظهر لدى المصابين بالسرطان درجات من نقص المناعة الجهازية، وقد يكون ذلك تأثيراً أكثر منه سبباً.

أهمية البحث وأهداف الدراسة

يشكّل سرطان الفم والفكين تحدياً كبيراً للفريق الطبي المعالج، الذي قد يضم عدة اختصاصيين، ومعاناة كبيرة للمريض، وكلفة باهظة من النواحي البشرية والمادية يتحمّلها المجتمع. إن الخطوة الأولى في التعامل مع هذا المرض هي المعرفة الوبائية الكاملة به، لاسيّما محلياً، لاختلاف العوامل والعادات المؤهبة.

أهداف البحث:

1. معرفة معدل الانتشار في سورية.
2. معرفة أشكال وأنواع سرطان الفم فيها.
3. معرفة توزُّعه الجنسي والجغرافي وحسب العمر.
4. التعرف على طرق المعالجة وأماكن الخلل إن وجدت.

خطة ومنهجية البحث

مكان الدراسة

أقسام جراحة الفم والفكين وجراحة الأنف والأذن والحنجرة في مستشفى المواساة الجامعي³ بدمشق، بالإضافة إلى مستشفى دمشق وابن النفيس بدمشق والمستشفى الوطني باللاذقية والمستشفى الوطني بحمص وجميعها مستشفيات حكومية.

مجتمع الدراسة

المرضى السوريون المصابون بأي نوع من أنواع سرطان الفم⁴ والفكين المحدد بالاستمارة. وقد تم تصميم استمارة خاصة بالبحث لتسهيل الحصول على المعلومات المطلوبة، كما تم اختبارها قبل إجراء الدراسة الميدانية للتأكد من ملاءمتها.

العينة

المرضى المصابون بأحد أشكال سرطان الفم والفكين استناداً إلى نتيجة التشريح المرضي pathology، والمقبولون خلال الأعوام (1996-2001). وقد بلغ حجم العينة 262 مريضاً.

(3) تم الاستفادة من مستشفى المواساة لكونه الأكثر تنظيمياً وقبولاً للمرضى بسورية، وتم إهمال ملفات المرضى الناقصة المعلومات.

(4) باستثناء البلعوم القموي.

تحليل المعلومات

تم تحليل المعلومات بالطريقة اليدوية، حيث جرى تصميم جداول تفريغ خاصة للدراسة.

عرض النتائج

معدل الحدوث Incidence rate: 0.5 إصابة جديدة سنوياً لكل 100 000 مواطن (تقديراً).
متوسط مدة مكث المريض في المشفى: 21 يوماً.
متوسط العمر عند التشخيص: 54 سنة.
متوسط العمر عند الإناث: 50 سنة.
متوسط العمر عند الذكور: 56 سنة.

الجدول 1. التوزع حسب العمر Age

أقل من 20 سنة	20-39	40-59	60-80	فوق 80 سنة
4.6%	16%	31.8%	40.6%	6.9%

الجدول 2. التوزع بين الجنسين Sex

ذكور M	إناث F
62.6%	37.4%

الجدول 3. المعدل حسب التوزع الجغرافي Geographic (لكل 100 000 مواطن)

السويداء	0.23
طرطوس	0.21
ريف دمشق	0.21
حمّاة	0.20
اللاذقية	0.17
القنيطرة	0.16
دمشق	0.16
دير الزور	0.16
درعا	0.15
حمص	0.14
حلب	0.12
إدلب	0.13
الحسكة	0.10
الرقّة	0.07

الجدول 4. التوزع حسب النمط Type

%60.3	كارسينومة حَرْشَقِيَّة الخلايا Squamous cell carcinoma
%10.3	كارسينومة مخاطية بشرانية Mucoepidermoid carcinoma
%6.8	كارسينومة غدية Adenocarcinoma
%4.9	لمفومة Lymphoma
%4.6	كارسينومة قاعدية الخلايا Basal cell carcinoma
%2.3	ساركومة العضلات المخططة Rhabdomyosarcoma
%1.5	ميلانومة Melanoma
%1.5	ساركومة ليفية Fibrosarcoma
%1.1	ورم مختلط خبيث Malignant mixed tumour
%6.5	أنواع نادرة أخرى Others

الجدول 5. التوزع حسب الموقع التشريحي Anatomic region

%29.5	الشفة Lip
%14.1	اللسان Tongue
%13.4	الغدد اللعابية الكبيرة Salivary glands
%12.7	الفك العلوي ⁵ Maxilla
%8.7	مخاطية الحنك Palate mucosa
%8	مخاطية الخد Buccal mucosa
%5.8	الفك السفلي ⁶ Mandible
%5	قاع الفم Floor of the mouth
%3.6	اللوزتان Tonsils
%2.1	اللثة والمخاطية السنخية Gingiva & alveolar mucosa

(5) إصابة الأنسجة الضامة والعصبية والعضلية ويتضمن الجيب الفكي.
(6) إصابة الأنسجة الضامة والعصبية والعضلية.

الجدول 6. التوزع حسب الشكل

الانتقالي Metastasis	الناكس Recurrence	البدئي Primary
%1.9	%17.9	%80.1

الجدول 7. التوزع حسب درجة الحياثة⁷ Grade

أولى	ثانية	ثالثة	رابعة
%32	%51	%16	%1

الجدول 8. قيم الدم المرتفعة Abnormal blood value

سكر الدم Glucose	البولة Urea	سرعة التثفل ESR
%5.7	%16	%42.7

الجدول 9. المعالجة⁸ Treatment

مشتركة Both	كيمياوية وشعاعية Radio & Chemotherapy	جراحية Surgery
%16.4	%25.6	%58

سرطان الشفة Lip cancer

متوسط العمر عند التشخيص: 62.1.

متوسط العمر عند الإناث عند التشخيص: 60.8.

متوسط العمر عند الذكور عند التشخيص: 62.6.

الجدول 10. التوزع بين الجنسين Sex

إناث F	ذكور M
%25	%75

الجدول 11. التوزع حسب النوع Type

كارسينومة مخاطية بشرانية Mucoepidermoid carcinoma	كارسينومة غدية Adenocarcinoma	كارسينومة قاعدية الخلايا Basal cell carcinoma	كارسينومة حَرْشَفِيَّة الخلايا Squamous cell carcinoma
%1.3	%1.3	%11.8	%85.5

(7) استناداً إلى نتيجة التشريح المرضي.

(8) تختلف المعالجة لنفس النوع مريض لآخر ومن طبيب لآخر

الجدول 12. التوزع حسب الموقع التشريحي

الصَّوَّار	الشفة العلوية	الشفة السفلية
%2	%20	%78

سرطان اللسان Tongue cancer

متوسط العمر عند التشخيص: 58.
متوسط العمر عند الذكور عند التشخيص: 60.7.
متوسط العمر عند الإناث عند التشخيص: 55.3.

الجدول 13. التوزع بين الجنسين Sex

إناث F	ذكور M
%51.2	%48.7

سرطان الغدد اللعابية الرئيسية Salivary glands

متوسط العمر عند التشخيص: 44.5.
متوسط العمر عند الإناث عند التشخيص: 41.2.
متوسط العمر عند الذكور عند التشخيص: 47.

الجدول 14. التوزع بين الجنسين Sex

إناث F	ذكور M
%43.2	%56.7

الجدول 16. التوزع حسب النمط Type

كارسينومة دهنية Sebaceous carcinoma	ساركومة ليفية عصبية Neurofibrosarcoma	ورم غدي خبيث متعدد الأشكال Malignant pleomorphic adenoma	لمفومة Lymphoma	كارسينومة غدية كيسية Adenoid cystic carcinoma	كارسينومة حَرْشَقِيَّة الخلايا Squamous cell carcinoma	كارسينومة مخاطية Adeno-carcinoma
%2.7	%5.5	%8.3	%11.1	%11.1	%19.4	%36

تحليل النتائج

1. إن معدل انتشار سرطان الفم في سورية منخفض نسبياً، حيث قُدِّر في دراستنا بمعدّل 0.5 لكل 100 000 مواطن، ولم تمكن من الحصول على دراسة وبائية ماثلة في البلدان المجاورة للمقارنة.
2. متوسط العمر عند التشخيص 60 عاماً، وفي حين أن أعمار 95% من المصابين تزيد على الأربعين عاماً عالمياً، فإن متوسط العمر عند التشخيص لدينا 54.3 عاماً، و79% من المصابين فقط تزيد أعمارهم على الأربعين. وهذا يدل على أن سرطان الفم في سورية يصيب شرائح أصغر في العمر من الشرائح العمرية العالمية، وقد يرجع ذلك إلى انتشار التدخين عند الفتيان والشباب.
3. نسبة إصابة الذكور إلى الإناث 2 إلى 1 عالمياً، في حين يزيد معدّل الإصابة لدينا عند الإناث قليلاً لتصبح النسبة 1.8 إلى 1.2، ويعود ذلك ربما لزيادة معدل التدخين لاسيّما الرجيلة (الشيخة) عند الإناث في الأعوام الأخيرة.
4. تزيد نسبة الكارسينومة الحرشقية الخلايا عن 90% من سرطانات الفم عالمياً، بينما تقارب نسبة الإصابة لدينا 60%، ويعود ذلك لزيادة الإصابة بأنواع أخرى قليلة الحدوث في بلدان أخرى، مثل اللمفومة وساركومة العضلات المخططة والميلانومة.
5. يبلغ معدل حدوث اللمفومة عالمياً⁹ 0.3% من مجموع أنواع سرطان الفم والفكين، في حين بلغت النسبة في دراستنا 4.9%، أي أكثر من ستة عشر ضعفاً، وهو ما يحتاج لبحث أسباب ارتفاع الإصابة باللمفومة في سورية.
6. يبلغ معدل حدوث الميلانومة عالمياً¹⁰ 0.1% من مجموع أنواع سرطان الفم والفكين، في حين بلغت النسبة في دراستنا 1.5%، أي خمسة عشر ضعف النسبة العالمية وهو ما يحتاج لدراسة.
7. يبلغ معدل حدوث الساركومة الليفية عالمياً 0.2% من مجموع أنواع سرطان الفم والفكين، في حين بلغت النسبة في دراستنا 1.5%، أي سبعة أضعاف النسبة العالمية، وهو ما يحتاج لدراسة.
8. يبلغ معدل حدوث ساركومة العضلات المخططة عالمياً¹¹ 0.02% من مجموع أنواع سرطان الفم والفكين، في حين بلغت النسبة في دراستنا 3%، أي أكثر من مئة ضعف النسبة العالمية وهو ما يحتاج لدراسة.
9. إن 83% من المصابين كانت درجة الخبيث عند التشخيص لديهم أولى أو ثانية، وهذا يرجع إلى كون سرطان الفم واضحاً سريريا، ولا يمكن لطبيب الأسنان أو للمريض تجاهله، كما أنه يتداخل مع وظائف الأكل والكلام إضافة للناحية التجميلية.
10. تشكّل الأورام التقيلية¹² 1% من حالات سرطان الفم عالمياً، في حين بلغت في دراستنا الضعفين تقريباً، 1.9%، وهذا يدل على التأخر في تشخيص وتحريّ إصابات السرطان، كما أن معدل نكس المعالجة الأولية والبالغة حوالي 18% ليست مرتفعة.
11. إن نقص المعلومات في ملفات المرضى أو إهمال كتابتها، قد حرمت البحث من إمكانية التوسّع ليشمل دراسة العوامل المؤهبة، مثل التدخين، والكحول، ومهنة المريض، وكونه من سكان الريف أو المدينة، الخ.

(9) كتاب Shklar. G

(10) كتاب Shklar. G

(11) كتاب Shklar. G

(12) استناداً لدراسة Shklar & Meyer

12. العمر المتوسط للإصابة عالمياً بسرطان الشفة هو 62 عاماً، وتتراوح إصابة الذكور بين 68-98٪، وأكثر من 88٪ من الإصابات تكون في الشفة السفلية والصوار commisure 8٪ والشفة العلوية 3٪. وفي دراستنا كان معدل إصابة الشفة السفلية 77٪ والشفة العلوية 20٪ والصوار 2٪، أي يوجد ارتفاع يزيد على ستة أضعاف في إصابة الشفة العلوية، وهذا يحتاج لدراسة، كما أن ارتفاع معدل إصابة الإناث إلى 25٪ يحتاج لدراسة أيضاً.
13. يصيب سرطان اللسان الرجال بمعدل 75٪، وبمعدل عمر 60 عاماً، بينما في دراستنا فهو يزيد على 51٪ عند النساء، وهذه دلالة قد يكون لها علاقة بازدياد المدخنات¹³ وارتفاع الإصابة بفقر الدم مثل بلايمر- فنسان¹⁴ الذي يعتبر من العوامل المؤهبة لسرطان اللسان.
14. الورم الأكثر إصابة للغدد اللعابية¹⁵ عالمياً هو الكارسينومة الغدية الكيسية بمعدل 34٪ ثم الورم المختلط الخبيث بمعدل 15٪ ثم الكارسينومة المخاطية بمعدل 11٪ من إصابات الغدد الرئيسية، بينما في دراستنا تشكل الكارسينومة المخاطية 36٪ من إصابات الغدد اللعابية الرئيسة أما السرطان الغدي الكيسي فنسبته 11٪. أما التوزع بين الجنسين ومتوسط العمر عند التشخيص والتوزع على الغدد فضمن المعدل العالمي.
15. ارتفاع قيم الدم ونسب المعالجة يحتاج للمقارنة والتحليل مع دراسات عالمية لم نتمكن من الحصول عليها.
16. ارتفاع فترة مكث المريض في المستشفى إلى ثلاثة أسابيع مما يدل على ارتفاع تكلفة المريض.

استنتاجات

1. إن معدل انتشار سرطان الفم والفكين في سورية منخفض.
2. عمر المصابين ودرجة الخباثة لديهم عند التشخيص أقل نسبياً من المعدل العالمي.
3. إصابة النساء بسرطان الفم والفكين أكثر ارتفاعاً.
4. ارتفاع معدل الإصابة في مدينة السويداء¹⁶.
5. ارتفاع معدل الإصابة باللمفومة والميلانومة والسااركومة.
6. ارتفاع نسبة النساء المصابات بسرطان اللسان.
7. ارتفاع معدل الأورام الانتقالية.
8. ارتفاع معدل الإصابة بسرطان الشفة العلوية.
9. سوء وضع سجلات المحفوظات في المشافي.
10. طول مدة إقامة المريض.

(13) يبلغ عدد المدخنات في سورية حوالي 400 000 مدخنة من أصل أكثر من 2.4 مليون مدخن سوري تقريباً.

(14) لا توجد دراسة وبائية حول هذه المتلازمة في سورية.

(15) الباحث John L. Giunta.

(16) تماشى هذه النتيجة مع دراسة سابقة للدكتور محمد سامر شحرور حول نفس الموضوع عام 1994.

التوصيات

1. تحسين وضع سجلات المخفوظات للمستشفيات، وإنجاز سجلات المخفوظات في الأقسام يتضمن معلومات حول المرضى المقبولين والعمليات الجراحية ومتابعة المريض، كما هو الحال في قسم جراحة الأنف والأذن والحنجرة بمستشفى المواساة، وتحديد بطاقة خاصة بمرضى الأورام الخبيثة تتضمن دراسة العوامل المؤهبة وملاحظات سريرية.
2. افتتاح مركز تخصصي لمعالجة الأورام، يضم اختصاصيين في جراحة الفم والفكين، وتدريب الأطباء المقيمين في قسم جراحة الفم والفكين فيه ضمن فترة إقامتهم، كما يتضمن قسماً للبحوث السرطانية، وتبادل المعلومات، وتوثيق حالات السرطان، وإجراء دراسة وبائية سنوية شاملة.
3. إجراء دراسة حول العوامل المؤهبة لسرطان الفم والفكين في سورية.
4. دراسة أسباب ارتفاع معدل سرطان الفم والفكين في السويداء.
5. دراسة أسباب ارتفاع الإصابة عند النساء بسرطان الفم والفكين عموماً واللسان خصوصاً.
6. دراسة أسباب ارتفاع معدل الإصابة الفموية باللمفومة والساركومة والميلانومة.
7. التحري المبكر عن السرطان وتشجيع عمل الفريق (عدة اختصاصيين).
8. التشجيع على نمط الحياة الصحي، وتجنب عوامل الاختطار المعروفة، من خلال دعم تناول الألياف والفيتامينات ولاسيماً A و C الموجودين في الخضار والفواكه، والإقلاع عن التدخين والكحول بكافة أشكاله.
9. ضرورة مساهمة العاملين في مهنة طب الأسنان مع وخلال حملات مكافحة السرطان.
10. تأهيل طبيب الأسنان عموماً، وجراح الفم والفكين خصوصاً، الذي يمتلك القدرة على التعامل مع سرطان الفم والفكين من جهة، ويمتلك المعرفة الكاملة بهذا المرض لنصيحة مرضاه.

الرقم :
المركز :

استمارة سرطان الفم والفكين

اسم المريض: المحافظة: العمر:
مدة المكث في المستشفى: العام: ذكر/أنثى:
نوع الورم: كارسينومة حَرْشَفِيَّة الخلايا - كارسينومة غدية - ساركومة ليفية - ميلانومة - لمفومة
.....
الموقع: الشفة السفلية - اللسان - قاع الفم - اللثة - قبة الحنك - اللوزتان - الشفة العلوية - باطن الخد - الغدد
اللعابية - الفك السفلي - الفك العلوي
.....
درجة الخباثة: 1-2-3-4 سوابق عائلية: نعم/لا بدئي - انتقالي - ناكس

قِيم الدم المرتفعة		
سكر الدم	اليوريا (البولة)	سرعة التثفل

ملاحظات:

المصطلحات

التسمية الإنكليزية	التسمية في المعجم الطبي الموحد	التسمية الشائعة
Squamous cell carcinoma	سرطانة حرشفية الخلايا	كارسينوما شائكة
Mucoepidermoid carcinoma	سرطانة مخاطية بشروية	كارسينوما مخاطية بشرية
Adenocarcinoma	سرطانة غدية	كارسينوما غدية
Lymphoma	لمفومة	لمفوما
Basal cell carcinoma	سرطانة الخلايا القاعدية	كارسينوما قاعدية
Rhabdomyosarcoma	السااركومة العضلية المخططة	سااركوما العضلات المخططة
Melanoma	الميلانوما	ميلانوما
Fibrosarcoma	سااركومة ليفية	سااركوما ليفية
Malignant pleomorphic adenoma	ورم غدي خبيث متعدد الأشكال	ورم مختلط خبيث
Salivary glands	الغدد اللعابية	الغدد اللعابية الكبيرة
Maxilla	الفك العلوي	الفك العلوي
Palate mucosa	مخاطية الحنك	مخاطية قبة الحنك
Buccal mucosa	مخاطية الشدق	باطن الخد
Mandible	الفك السفلي	الفك السفلي
Floor of the mouth	قاع الفم	قاع الفم
Tonsils	اللوزات	اللوزات
Gingiva & alveolar mucosa	اللثة ومخاطية السنخ	اللثة والمخاطية السنخية
Adenoid cystic carcinoma	سرطانة غدانية كيسية	السرطان الغدي الكيسي
Sebaceous carcinoma	سرطان زهمية	الكارسينوما الدهنية

References

مصادر للاستزادة

1. التشريح المرضي الخاص: أ.د. فاروق هوش. 1986. جامعة دمشق
2. التشريح المرضي الخاص بالفم والأسنان: د. الخير د. عزيز د. منديلي 1999. جامعة دمشق
3. Swango PA. Cancers of the oral cavity and pharynx in the United States: an epidemiologic overview. *Journal of public health dentistry*, 1996; 56:309-18.
4. Shaklar G. *Oral cancer*. Philadelphia, WB Saunders, 1984.
5. *Best evidence 2: linking medical research to practice* [database on CD Rom]. Philadelphia, American College of Physicians, 1998.
6. Hindle I, Downer MC, Speight PM. The epidemiology of oral cancer. *British journal of oral & maxillofacial surgery*, 1996, 34:471-6.
7. Boyle P et al. Recent advances in epidemiology of head and neck cancer. *Current opinion in oncology*, 1992, 4:471-7.
8. Macfarlane GJ et al. Rising trends of oral cancer mortality among males worldwide: the return of an old public health problem. *Cancer causes & control*, 1994, 5(3):259-65.
9. Johnson NW, ed. *Oral cancer: detection of patients and lesions at risk*. Cambridge, Cambridge University Press, 1991.
10. McKaig RG, Baric RS, Olshan AF. Human papilloma virus and head and neck cancer: epidemiology and molecular biology. *Head & neck* 1998, 20:250-65.
11. Goldstein AM et al. Familial risk in oral and pharyngeal cancer. *European journal of cancer. Part B, Oral oncology*, 1994, 308:319-22.
12. King GN et al. Increased prevalence of dysplastic and malignant lip lesions in renal-transplant recipients. *New England journal of medicine*, 1995, 332:1052-7.
13. Gupta PC et al. Epidemiologic characteristics of treated oral cancer patients detected in a house-to-house survey in Kerala, India. *Indian journal of cancer*, 1986, 23:206-11.
14. Gupta PC et al. Primary prevention trial of oral cancer in India: a 10-year follow-up study. *Journal of oral pathology & medicine*, 1992, 21:433-9.
15. *National Screening Committee. First report of the NSC*. London, Department of Health, 1998.
16. Wilson JMG, Jungner G. *Principles and practice of screening for disease*. Geneva, World Health Organization, 1968 (Public Health Papers, No. 34).
17. Dimitroulis G, Reade P, Wiesenfeld D. Referral patterns of patients with oral squamous cell carcinoma, Australia. *European journal of cancer. Part B, Oral oncology*, 1992, 28B:23-7.
18. Jovanovic A et al. Delay in diagnosis of oral squamous cell carcinoma: a report from the Netherlands. *European journal of cancer. Part B, Oral oncology*, 1992, 28B:37-8.
19. Horowitz AM et al. The need for health promotion in oral cancer prevention and early detection. *Journal of public health dentistry*, 1996, 56:319-30.
20. Edwards D et al. Management of cancers of the head and neck in the United Kingdom: a questionnaire survey of consultants. *British medical journal*, 1997, 315:1589.
21. El-Sayed S, Nelson N. Adjuvant and adjuvantive chemotherapy in the management of squamous cell carcinoma of the head and neck region: a meta-analysis of prospective and randomised trials.

- Journal of clinical oncology*, 1996, 14:838–47.
22. Dimitroulis G, Avery BS. *Oral cancer: a synopsis of pathology and management*. Oxford, Wright, 1998.
23. *The world oral health report 2003*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO/NMH/NPH/ORH/03.2).
24. Steward BW, Kleihues P. *World cancer report*. Lyon, WHO International Agency for Research on Cancer, 2003.
25. Silverman S Jr. Demographics and occurrence of oral and pharyngeal cancers. The outcomes, the trends, the challenge. *Journal of the American Dental Association*, 2001, 132(suppl.):7S–11S.

Correction

Apolipoprotein B gene polymorphisms in people in the East Mediterranean area of Turkey. L. Tamer, K. Tanriverdi, B. Ercan, A. Unlu, N. Sucu, H. Pekdemir and U. Atik. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2004, Vol. 10 Nos 1/2, pages 125–130.

In the English and French abstracts, certain symbols and diacritics were lost or distorted on printing. The correct abstracts are printed below.

ABSTRACT Point mutations in the receptor binding domain of low density lipoprotein may increase cholesterol levels in blood. Three mutations of Apo B-100 protein result in defective binding (Arg 3500→Gln, Arg 3500→Trp and Arg 3531→Cys). We estimated the frequency of Apo B point mutations (codon 3500) C9774T (Arg 3500→Trp) and G9775A (Arg 3500→Gln) in 179 atherosclerotic, 145 hyperlipidaemic individuals and 272 healthy individuals in the east Mediterranean region of Turkey. Lipid and lipoprotein levels were measured with routine biochemical analyser and Apo B mutation was detected using real-time PCR. Neither mutation was found. In this region, Apo B-100 protein mutations are rare and causes of hyperlipidaemia and atherosclerosis may therefore be unrelated to them.

Les polymorphismes du gène de l'apolipoprotéine B dans la population de la région est-méditerranéenne en Turquie

RESUME Les mutations ponctuelles sur le site de liaison du récepteur des lipoprotéines de basse densité peuvent faire augmenter le taux de cholestérol sanguin. Trois mutations de la protéine apo B-100 entraînent une liaison défectueuse (Arg 3500 → Gln, Arg 3500 → Trp and Arg 3531 → Cys). Nous avons estimé la fréquence des mutations ponctuelles de l'apo B (codon 3500) C9774T (Arg 3500 → Trp) et G9775A (Arg 3500 → Gln) chez 179 patients athérosclérotiques, 145 sujets hyperlipidémiques et 272 sujets en bonne santé de la région est-méditerranéenne en Turquie. Le taux de lipides et de lipoprotéines a été mesuré à l'aide d'un analyseur biochimique et la mutation de l'apo B a été recherchée en utilisant la PCR en temps réel. Aucune mutation n'a été trouvée. Dans cette région, les mutations de la protéine apo B-100 sont rares et les causes de l'hyperlipidémie et de l'athérosclérose peuvent donc ne pas être liées à ces mutations.