

التأخر في طلب الرعاية الطبية الجراحية أو رفضها عند مرضى الأورام الجلدية الخبيثة

الدكتور ميشيل بطرس*

(قبل للنشر في 2001/6/30)

□ الملخص □

شمل هذا البحث الاستعادي 95 مريضاً تم انتقاؤهم من بين 286 مريضاً راجعونا ما بين تموز 1991 وتموز 2000 بتشخيص سريري : ورم جلدي خبيث . تم الاختيار بناءً على المعيارين التاليين 60 مريضاً (20,9%) منهم تأخروا في طلب الرعاية الطبية لفترة تزيد على ثلاث سنوات بعد ملاحظتهم للآفة و35 مريضاً (12,2%) رفضوا أي إجراء طبي بعد المراجعة . توزع التشخيص حسب أنواع الأورام الجلدية على الشكل التالي : 71,7% سرطانة الخلية القاعدية ، 13,3% سرطانة حرشفية الخلايا ، 8,3% ورم ميلاني خبيث ، 5% شوكوماً قرنياً مشبوهاً ، إضافة لـ 1,7% غرن ليفي جلدي . بلغ وسطي عمر مجموعة الرفض . 56,4 سنة، ووسطي عمر مجموعة التأخر 61,8 سنة . كان من الملفات ارتفاع تمثيل سكان المدن نسبة للريف في المجموعتين فبلغ 60% للرفض و 63,7% للتأخر . أما بالنسبة للتوزع حسب الجنس فقد لاحظنا أن معدل الرفض عند الإناث كان عالياً وبلغ 71,4% من الذين رفضوا وبقيت الغلبة للإناث في مجموعة التأخر أيضاً ولكن بفارق أقل فبلغت 53,3% . أدت دراسة الأسباب التي حملت المرضى على التأخر إلى كشف أن الإهمال واللامبالاة هم السببان الرئيسان هنا فقد وجد عند 85% من المرضى وإن تداخل مع أسباب أخرى مثل اختلال ثقة المريض بالطب والذي لوحظ عند 40% منهم في حين لم يذكر الخوف من التشوه إلا من قبل 2,5% منهم . أما أسباب الرفض فقد جاء فقد الثقة بالطب في المرتبة الأولى ولوحظ عند 57,7% من المرضى تلاه الخوف من التشوه فوجد عند 19,2% منهم ويضاف لهم نسبة 7,7% من المرضى كان الرفض عندهم بسبب مبدأ رفض التشويه الجسدي بالبتير قبل الموت ثم جاء الخوف من أن يؤدي "جرح الورم" إلى نشره في الجسم عقب الجراحة وقد لوحظ عند 15,4% وبقيت الأسباب مجهولة عند 11,5% .

*مدرس في قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

Why Do Patients with Malignant Skin Tumors Delay in Asking for Medical Care or Refusing it.

Dr. Michel BETROS*

(Accepted 30/6/2001)

□ ABSTRACT □

This retrospective research covered 95 patients (from among 286 patients who consulted us between July 1991 and July 2000, whose clinical diagnosis was malignant skin tumor). They were chosen according to the following two criteria: 60 patients (20,9 %) were late in asking for medical care for a period more than 3 years after they noticed the lesion, and 35 patients (12,2 %) who refused any medical treatment after consultation. Diagnosis was divided according to the type of skin tumor as follows: 71,7 % basal cell carcinoma, 13,3 % squamous cell carcinoma, 8,3 % malignant melanoma, 5% kerato-acanthoma, in addition to 1,7% dermato-fibrosarcoma protuberance .The average age of the refuse group was 56.4 years and that of the delay group was 61,8 years. It was most noticeable that the representation of the urban inhabitants in proportion to rural inhabitants was high in both groups, and it was 60 % for refusing patients, and 63,7 % for delay patients. As for division according to sex, we have noticed that the refuse average in females was high, which is 71,4 % out of those who refused; the majority was females in the delay group too, but with less difference, which amounted to 53,3 %. The study of the causes that made the patients late led to the discovery that negligence and indifference were the main causes. Those were found in 85% of the patients, even though they overlapped with other causes, such as, lack of trust in medicine, on the part of the patient, which was noticed in 40% out of them. While the fear of deformation was mentioned only by 2,5 % of them. In the causes of refusal, the lost of trust in medicine cam first; and it was noticed in 57,7 % of the patients. The fear of deformation was found in 19,2 % of them, in addition to a percentage of 7,7 % of the patient, where refusal was caused by the fear from the idea of corporal distortion before death, Then cam the fear that "tumor wounding " after surgery would lead to its spread in the body, which was noticed in 15,4 %. The causes remained unknown in 11,5 % of the patients.

*Lecturer at Surgery Department, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

مقدمة:

"انكر الأفعى تأت تسعى"، تطير شائع بين الناس، له دلالاته العميقة، والتي تصدق على كثير من مواقف الناس تجاه الأورام الخبيثة Malignant tumors فلا تذكر إلا تحت تعابير مثل "تلك المرض" أو "المرض الذي لا يذكر اسمه". لكن هذا الموقف النفسي لا يفسر إلا بشكل جزئي تردد الكثير من الناس في طلب الرعاية الطبية لحل مشكلة آفة جلدية مشبوهة Suspicious skin lesion. تلعب العوامل الثقافية من بيئة سكن، وعادات غذائية، وتقاليد اجتماعية، ومعتقدات دينية، وتطير وخرافات دورا حاسما في تكوين المواقف الحياتية للناس ومن هذه المواقف المهمة قرار المريض طلب الرعاية الطبية. يشكل ضعف الثقة بالمؤسسة الطبية ناتجا مهما لنقص المعرفة والوعي الصحي وهذا يقود بالنتيجة إلى اللامبالاة والإهمال أكثر مما يقود إلى الخوف .

لاشك أن معرفة وتقليل عوامل الخطورة Risk factors لأي مرض، وعلاجه في مراحله المبكرة يقود إلى تحسين الإنذار Prognosis وإعادة الثقة المفقودة على المدى البعيد.

استقبلنا وعالجنا بين شهري تموز 1991 وتموز 2000 خلال ممارستنا الطبية الخاصة والعامه في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية 286 مريضا مصابا بأورام جلدية خبيثة Malignant skin tumors أو بأفات سابقة لها Premalignant ، وكان من الملفت من جهة أن عدداً لا بأس به من المرضى (35 مريضا % 12,2) رفض العلاج الذي اقترحنه ومن جهة أخرى أن مجموعة لا يستهان بها أيضاً (60 مريضا % 20,9) لم تطلب الرعاية الطبية الاختصاصية إلا بعد مرور سنوات عديدة على بدء الآفة . قاد هذا بالطبع إلى صعوبات علاجية وسوء واضح في الإنذار.

هدف البحث:

- هو وضع تصور عن الصفات والميزات المشتركة لهؤلاء المرضى،
- دراسة الظروف التي قادت المرضى إلى التردد الطويل الأمد في طلب الرعاية الطبية أو الرفض المطلق لها،
- استنتاج الأسباب الحقيقية التي قادت إلى ذلك،
- وضع بعض التوصيات لتحسين أساليب الوقاية البدئية والثانوية Primary and secondary prevention من خلال تحسين نوعية التوعية الطبية Medical education وتحسين أساليب تواصلنا مع مرضانا.

طريقة الدراسة Material and methods:

أجري البحث بطريقة إستيعادية Retrospective على 95 مريضاً مصاباً بأورام جلدية خبيثة، تم اختيارهم من بين 286 مريضا مصابا بورم جلدي خبيث من الذين راجعونا خلال الفترة الزمنية بين تموز 1991 وتموز 2000 على أساس معيارين؛ الأول التشخيص السريري : ورم جلدي خبيث ، وقد اعتمدنا أساسا على التشخيص السريري فقط لأن الدراسة لم تكن حول الأورام الجلدية بحد ذاتها وإنما حول موقف المريض منها ومن معالجتها طبيا ولهذا فليس مهما هنا وضع التشخيص الدقيق والذي لا يمكن أن يوضع أصلا إلا بعد الدراسة النسيجية أي بعد الإجراء الطبي الذي رفضه المريض أصلا أو تأخر به وبالتالي فإن الاشتباه السريري والتشخيص السريري هو المعيار الوحيد الممكن استخدامه . المعيار الثاني الذي اعتمدناه في البحث كان اضطراب العلاقة بين المرضى والجسم الطبي والدوافع التي قادت إلى هذا الاختلال لدى المرضى كما عبروا عنه تجلى ذلك في مجموعتين مرضيتين؛ الأولى 60 (% 20,9) مريضاً وضمت الذين تأخروا في طلب الرعاية الطبية لفترة تزيد عن 3 سنوات كحد أدنى بين ملاحظتهم للآفة ولجوئهم إلى الطبيب (وستسمى في البحث مجموعة التأخر Delay group)، و الثانية وضمت 35 (% 12,2) مريضاً رفضوا أي علاج لدينا (وستسمى في البحث مجموعة الرفض Refuse group) لم نطبق في هذه المجموعة أي تحديد زمني لأن معيار الاختيار مختلف هنا . فالمعطيات التي درست كانت بشكل أساسي مواقف المريض من الرعاية الطبية والدوافع وراءها ، ولم نتطرق لدراسة الأورام بالذات ولا لتوضعاتها لأن ذلك لم يكن هدف البحث

ولو كان ذو علاقة به خاصة وأن جل أورام الجلد الخبيثة في مناطق مكشوفة وسيترك بحث هذه العلاقة لدراسات أخرى أنشر تحديداً . سنستعرض النتائج في الجداول التالية ، ثم سنقوم بمناقشة هذه النتائج على ضوء بعض معطيات الأدب الطبي .Medical literature

النتائج:

التشخيص السريري:

تم حصر البحث بالمرضى المصابين بأفات جلدية مشبوهة سريريا بشدة بكونها خبيثة، فتوزع التشخيص السريري (الشبهة السريرية) بين سرطانة الخلايا القاعدية (Basal Cell Carcinoma (BCC)، السرطانة حرشفية الخلايا Squamous Cell Carcinoma (SCC)، الورم الميلاني الخبيث Malignant Melanoma بالإضافة لبضع حالات شخضت عند الدخول على أنها شوكم قرنوي (Keratoacanthoma (KA)، رغم أن الانطباق الأقوى هو أنها سرطانات حرشفية الخلايا ، إضافة لمرضى وحيد مصاب بورم أنمي هو الغرن الليفي الجلدي الناشز Dermato-fibrosarcoma protuberance حسب التوزع المبين في الجدول (1).

الجدول (1): التوزع حسب الشك السريري

الشك السريري	كل المرضى 95	التأخر 60 النسبة %	الرفض 35 النسبة %
MM	6	(0,3%)	1 (2,7 %)
BCC	63	(71,7 %)	20 (57,3 %)
SCC	22	(13,3 %)	14 (40 %)
KA مع شبيهة كبيرة بالـ SCC	3	(5 %)	-
غرن ليفي جلدي ناشز	1	(1,7 %)	-

الأعمار:

تراوح عمر المرضى بين (23-107 سنة) و بلغ متوسط عمر المرضى 61,8 سنة، و بلغ متوسط عمر مجموعة التأخر 64,9 سنة ، أما مجموعة الرفض فكان متوسط العمر فيها 56,4 أي أقل بعشر سنوات من متوسط عمر مجموعة التأخر . يظهر الجدول (2) توزع المرضى حسب المجموعات العمرية :

الجدول (2): التوزع حسب المجموعات العمرية:

المجموعات العمرية	كل المرضى	التأخر	الرفض
29-20	2 2,1 %	1 1,7 %	1 2,9 %
39-30	8 8,4 %	3 5 %	5 14,3 %
49-40	5 5,2 %	4 6,7 %	1 2,9 %
59-50	11 11,6 %	9 15 %	2 5,7 %
69-60	33 34,7 %	18 30 %	15 42,8 %
79-70	22 23,2 %	15 25 %	7 20 %
89-80	11 11,6 %	7 11,7 %	4 11,4 %
فوق الـ 90	3 3,1 %	3 5 %	-

بيئة السكن Environment:

رغم صعوبة ضبط هذا المعيار بشكل دقيق بسبب التغيير الواسع لهذه البيئة، إلا أننا استطعنا الحصول على تحديد مقبول للوسط الذي عاش فيه المرضى القسم الأكبر من حياتهم. والجدول (3) يوضح هذا التوزيع حسب بيئة السكن في المدينة أو في الريف، بالإضافة لمعيار صغير اعتبرناه تفرعاً للمدينة وشمل سكان المدن الصغيرة نسبياً (مثل بانياس والدريكيش).

الجدول (3): التوزيع حسب بيئة السكن:

بيئة السكن		التأخر		النسبة %		الرفض		النسبة %	
ريف		22		6,7 %		14		40 %	
مدينة	كبيرة	27		45 %		20		57,1 %	
	صغيرة	11		18,3 %		1		2,9 %	
		38		63,3 %		21		60 %	

التوزيع حسب الجنس:

لاحظنا في مجموعتنا المرضية انحرافاً واضحاً عن التوزيع المألوف للأورام الجلدية حسب الجنس حيث يظهر الجدول (4) ازدياد تواتر ظهور المرضى الإناث بمعدل أكبر من الذكور، وخاصة بين مرضى الرفض.

التوزيع حسب الجنس الجدول 4:

الجنس	كل المرضى 95	التأخر 60	الرفض 35
ذكور	38 40 %	28 46,7 %	10 28,6 %
إناث	57 60 %	32 53,3 %	25 71,4 %

الأعراض والعلامات السريرية:

تفيد معرفة السبب الذي دفع المريض لمراجعة طبيبه في فهم كيف يقوم المريض حالته المرضية، وكيف يقوم مقدرة الطب على مساعدته إن كان هذا المألاً لا يحس به أحد غيره أو علامة يراها الآخرون أو تغيراً جديداً طرأ على مشكلة مزمنة لديه. وعلى هذا الأساس قسمنا المرضى بحسب الأعراض والعلامات إلى مرضى لديهم تقرح Ulceration مترافق مع نز التهابي Inflammatory secretion أو دموي Bleeding أو مرضى لديهم كتلة Tumor فقط دون علامات مرئية أخرى كما في الجدول (5).

الجدول 5 يظهر التوزيع حسب العلامات السريرية

العرض	التأخر	الرفض
تقرح مع مرافقات أخرى	48 80 %	24 68,6 %
كتلة دون تقرحات	10 16,7 %	11 31,4 %
تغير في صفات وحمية قديمة	2 3,3 %	-

في هذا الإطار، وجدنا إضافة لذلك أن 18 مريضاً (التأخر 14 مريضاً، والرفض 4) أي ما نسبته 18,9 % كان لديهم آفات مزمنة Chronic lesions طرأت عليها تغيرات بنوية أو شكلية Morphological or structural changes حديثة ملفتة، قادت المريض إلى الطبيب، وإن كان بعد فترة تأخر طويلة نسبياً. توزعت هذه الآفات بين ندبات لحروق Burn

scars أو رضوخ قديمة، أورام قديمة، وجمام قديمة Nevus، أمراض جلدية مهينة كالورم القنبيطي Condiloma أو التقران الضيائي Actinic Keratosis أو عسر تصنع البشرة الثؤلولي Epidermodysplasia verruciformis. توقيت طلب الرعاية الطبية:

اعتبرنا الفترة الزمنية 3-5 سنوات هي الحد الأدنى لإدخال المرضى في مجموعة المتأخرين. لم يطبق هذا التحديد على مجموعة الرفض لأن معيار الاختيار مختلف. إضافة لذلك وضعنا مجموعة مستقلة للمرضى الذين عجزوا عن التحديد سوى بأنه سنوات عديدة كما في الجدول (6).

الجدول 6 زمن طلب العون الطبي

الفترة المنقضية	التأخر	الرفض
أقل من سنة		6
1-3 سنوات		-
3-5 سنوات	17	5
5-10 سنوات	3	-
أكثر من 10 سنوات	4	-
سنوات عديدة غير معروفة بدقة	36	24

المعالجات السابقة:

لجأ المرضى خلال الفترة السابقة على طلب الرعاية الطبية إلى أساليب علاجية متنوعة، تراوحت بين اللجوء إلى المزارات الأدوية الشعبية Folk medication أو المراهم Ointment الطبية المتنوعة ولاشك أن قسماً منهم حاول بتردد أن يلجأ إلى الطب، لكن هذا كان قاصراً ولم يستكمل كما يجب، وأثر سلبياً على المرضى وقاد في النهاية إلى إهمال مديد أو إلى رفض للرعاية الطبية، ولهذا السبب لم نخرج هؤلاء المرضى من الإطار المدروس. الجدول (7) يظهر هذه المعالجات علماً أن نفس المريض قد يلجأ إلى أساليب عدة في علاج آفته.

الجدول (7) المعالجات السابقة

المعالجات	التأخر	الرفض	الكل
أدوية ومراهم طبية	26 43,3%	15 42,8%	41 43,2%
أدوية وطرق شعبية	15 25%	4 11,4%	19 20%
خزعة/جراحة/كي/ أشعة/ تخثير/غير تام	32 (9 خزع)	10 (6 خزع)	42 (15 خزعة) 44,2%
لم يطبق أي علاج	9	2	11
مجهول	2	8	10

وسائل التدبير:

قاد التأخر الكبير في طلب الرعاية الطبية إلى خروج الوسائل العلاجية التي طبقناها على المرضى عن إطار الاستئصال والإغلاق البسيط Excision and Simple closure و الذي أمكن اللجوء إليه عند مجموعة صغيرة نسبياً من المرضى فقط في حين أحتاج القسم الأكبر من المرضى لتقنيات علاجية أكثر تعقيداً باللجوء كالوسائل الرأبية Plastic procedures والمعالجات المتممة Adjuvant therapy أو البديلة كالمعالجة الشعاعية Radiation. وبقيت مجموعة من المرضى تعذر

لديهم أي شكل من أشكال العلاج بسبب الحجم الهائل للورم، أو بسبب الحالة العامة السيئة التي وصل إليها المريض والتي لم تسمح بتطبيق التخدير أو بتحمل العلاج المتمم كما في الجدول (8).

الجدول (8): وسائل التدبير في مجموعة المتأخرين

12		استئصال + إغلاق بسيط		جراحة بسيطة	تدبير ممکن	
% 65	39	51,7	31 %	استئصال + طعم جلدي 13		جراحة مركبة
				استئصال + سديلة 16		
				استئصال + سديلة + طعم 2		
		13,3	8 %	رأب + أشعة 3		جراحة مركبة
أشعة فقط 5	و/أو علاج متمم					
% 15	9	تعذر أي تدبير علاجي				

المتابعة الدورية Follow up:

تشكل المتابعة الدورية بعد العمل الجراحي عنصراً أساسياً في العلاج، ويشكل التزام المرضى بها جزءاً من الموصفات العامة التي تميز هؤلاء المرضى وتسم تقويمهم للعلاقة مريض-طبيب. يوضح الجدول (9) مدى التزام مجموعة التأخر بهذه المتابعة. وقد قمنا بتحديد الفترة القصوى التي راجع خلالها دون التعرض إلى عدد المرات. يضاف إلى هذه المجموعة 5 مرضى توفوا خلال الأشهر 3-6 التالية للعمل الجراحي ولكن لأسباب قلبية وعائية لا علاقة لها بشكل مباشر بالورم.

الجدول (9): التزام المرضى المتأخرين بالمتابعة الدورية ودوافعهم لذلك

المجموع	3 سنوات	سنتين	سنة	6 أشهر	3 أشهر	مدتها /	سبب المتابعة
8	-	-	2	1	5		التزام بالمراقبة
12	1	-	-	-	1		خمج متأخر
	5	-	1	1	2		النكس
	1	-	-	-	1		نكس+ورم جديد
	5	1	-	2	1		ورم جديد دون نكس
20	1	1	5	5	8		المجموع

الدوافع وراء تأخر المرضى في طلب العون الطبي:

كان الوصول إلى الدافع وراء تردد المريض في طلب الرعاية الطبية، أو في رفضها، الجزء الأكثر صعوبة في البحث، لكونه يتطرق إلى النواحي الشخصية (مع خلفيتها الاجتماعية والثقافية والدينية..). من رغبة في التعبير عن هذه الدوافع أو رفض لذلك تعذر علينا في المجموعة الأولى أن نصل إلى معرفة هذه الأسباب عند 20 مريضاً، أما عند الباقين فقد تمكنا من معرفة مجموعة من الدوافع تفاوتت أهميتها من مريض إلى آخر. يظهر الجدول (10) تواتر هذه الدوافع كما وردت بتفاصيلها على لسان المرضى .

الجدول (10): دوافع التأخر

العدد		حسب تعابير المرضى	النسبة %
8	(20 %)	إهمال بدون أي سبب واضح	1
9	(22,5 %)	إهمال بسبب آفة أساسية مزمنة	2
6	(15 %)	إهمال بسبب الخوف من أن يكون الورم شيئاً ما	3
11	(27,5 %)	إهمال بسبب خطأ علاجي طبي سابق	4
1	(2,5 %)	عدم ثقة بالطب بسبب إجراء طبي سابق	5
3	(7,5 %)	عدم ثقة بالطب دون سبب واضح (المزارات 1)	6
1	(2,5 %)	خوف من التشوه (الشارب 1)	7
1	(2,5 %)	خوف وعدم ثقة بالطب	8

المجموع 40 مريضاً

يمكن تلخيص هذا الجدول بأن الإهمال كان السبب في التأخر عند 34 مريضاً (85) ، أما الأسباب ذات العلاقة بالطب بشكل مباشر كالخوف بسبب خطأ طبي سابق أو عدم الثقة بالطب ف لوحظت عند 16 مريضاً (40 %) ، أما الخوف من التشوه فلم يشاهد سوى عند مريض واحد (2,5 %) يضاف لها حالة واحدة أخرى من الخوف إنما من الطب بشكل عام .

الدوافع وراء الرفض:

تميز البحث وراء أسباب الرفض، وهو قرار حدي وجذري ، بالصعوبة أيضاً، لأن الرفض، وعدم الرغبة في الإفصاح عن السبب أمران متتامان، وهما جزء من موقف المريض من المؤسسة الطبية. وقد عجزنا عن تحديد السبب عند 9 مرضى، أما البقية فتفاوتت دوافعهم كما يظهرها الجدول (11).

الجدول (11): أسباب الرفض

أسباب الرفض حسب تعابير المرضى		العدد	النسبة المئوية
12	(57,7 %)	1	عدم الثقة بالطب
4	(15,4 %)	2	خوف من جرح الورم واحتمال انتشاره
5	(19,2 %)	3	الخوف من التشوه
3	(11,5 %)	4	أسباب مجهولة (مادية ؟)
2	(7,7 %)	5	رفض البتر كمبدأ (التشوه الجسدي قبل الموت)

المجموع 26 مريضاً

المناقشة Discussion:

سنقسم المناقشة إلى جزأين؛ الأول مناقشة النتائج على ضوء بعض الدراسات والإحصاءات التي راجعناها في الأدب الطبي، وفي الجزء الثاني سنقوم بمناقشة مشكلة الوقاية من الأورام وعلاقتها بالتنقيف الطبي Medical education في بلدنا، وأساليب تحسين الوقاية البدئية أو الثانوية Primary and secondary prevention.

الأعمار:

رغم الطبيعة الانتقائية لمجموعتنا المرضية، إلا أن دراسة مجموعاتها العمرية أظهرت أن متوسط العمر لكل المرضى يبقى ضمن الإطار العام الذي يميز هذه الأورام، والتي تزداد بعد عمر الـ40 سنة، وتتركز معظم الإصابات حول مجموعة الأعمار 60-70 سنة بحسب [1، 2، 3، 4] إلا أننا لاحظنا أن متوسط عمر مجموعة الرفض كان صغيراً نسبياً مقارنة بمجموعة التأخر أو بالمتوسط الملاحظ في الأدب الطبي (حول الـ65 سنة) [2].

الجنس:

بغض النظر عن الأورام الميلانية الخبيثة الأكثر شيوعاً عند الإناث منها عند الذكور [6، 7، 8، 10]، فإن بقية الأورام الجلدية الخبيثة أكثر شيوعاً عند الذكور منها عند الإناث [3، 4، 6، 7]. لكننا لاحظنا أن مجموعتنا المرضية قد عكست هذا التوزيع المألوف بفارق بسيط في مجموعة التأخر، لكن ليصبح هذا الاختلاف بارزاً جداً في مجموعة الرفض.

التشخيص السريري:

يظهر الأدب الطبي أن تواتر الإصابة بسرطانة الخلايا القاعدية هو الأعلى بين الأورام الجلدية الخبيثة، ويبلغ حوالي الـ70% تليه السرطانة حرشفية الخلايا بمعدل حول الـ25%، والباقي لأورام أقل شيوعاً مثل الورم الميلاني الخبيث والأورام الأدمية، مع بعض الفوارق التي تظهر عند بعض الأعراق، حيث يقل ظهور الـBCC عند العرق الأسود لصالح الـSCC [1، 2، 6، 9]. وقد لاحظنا في مجموعتنا المرضية أن التشخيص السريري لم يشذ عن التوزيع المألوف والمشاهد في المراجع الطبية المختلفة، وهذا يدل على أن المجموعة رغم الانتقائية Selectivity الواضحة، فإن بنيتها الأساسية تشابه المجموعات العشوائية Random groups الكبيرة.

التوزيع حسب البيئة:

لم تهدف دراسة هذا العامل تحديد أثر البيئة في ظهور الأورام، وإنما لتحديد الخلفية الثقافية للمرضى بشكل تقريبي وأثر ذلك في قرارهم مراجعة الطبيب أو عدمه. رغم النتيجة الملقطة بكون غالبية الذين تأخروا أو رفضوا هم من سكان المدن، إلا أننا لا نستطيع الوصول إلى القناعة التامة بأن هذا يعتبر فرقاً واقعياً في الموقف من المعالجة الطبية بين سكان المدن والريف، والسبب يمكن أن يكون عائداً ببساطة إلى أن سكان المدن لديهم الإمكانية الأسهل للمراجعة الطبية (رغم تأخرهم فيها) أكثر من سكان الريف، وبالتالي يصبح تمثيلهم في المجموعة أعلى، في حين أن سكان الكثير من المناطق الريفية قد لا يراجعون المؤسسات الطبية أبداً. يضاف لذلك التغيرات الكثيرة الشيوع في بيئة السكن من الريف إلى المدينة، وحصر ذلك ودراسة أثره بشكل دقيق يخرج عن إطار هذا البحث.

الأعراض والعلامات السريرية والآفات السابقة للمرض:

يعتبر توضع الآفة في مكان بارز علامة منبهة ودافعا لمراجعة الطبيب لكن هناك عوامل متعددة تؤثر في هذا القرار، فحسب [10] هناك المريض غير المنتبه Unaware بسبب تواجد الآفة في مكان غير مرئي له مثل الظهر، وهناك المريض المنتبه ولكن غير المشتبه Unsuspicious بخبث الآفة، وهناك المريض المنتبه والمشتبه ولكن اللامبالي Unconcern، وأخيراً المريض المنتبه والمشتبه لكن الذي لديه حاجز واقعي أو عقلي نفسي Reel or barrier يحول بينه وبين طلب الرعاية الطبية Medical care. أظهر تواتر علامة التقرح (مع النز المصلي أو الدموي) بنسبة عالية جداً عند مرضى التأخر وبنسبة أقل ولكن عالية أيضاً عند مجموعة الرفض أن الدافع هنا لم يكن عدم الانتباه وإنما أسباب أخرى. ويضاف لذلك أن نسبة لا بأس بها من المرضى تميزوا بوجود آفات أو أمراض قديمة، والتي يفترض أن تثير الانتباه بالتغيرات الجديدة التي طرأت عليها، ولم يكن هناك من حاجة ماسة لتطبيق الفحص الذاتي الموجه Self examination [10، 11] لكشف التغيرات الحديثة المهمة لكونها واضحة، إنما الأهم ربما كان عدم معرفة أن هذه الآفات يمكن أن تكون سوابق للأورام الجلدية الخبيثة [10، 11، 12، 13، 14].

زمن طلب الرعاية الطبية:

كانت تماييز المرضى في تقدير الفترة المنقضية بين ملاحظتهم للعلامات الأولى للمرض وبين اتجاههم نحو الطب غيمية، وتراوحت بين العجز التام عن إعطاء أي جواب إلى تحديد ذلك بسنوات عديدة. بعكس هذا كانطباع أولي إهمال أو لا مبالاة المريض لكن بالتدقيق نجد أنه بالإضافة لذلك هناك عامل ربما كان الأهم؛ وهو نقص المعرفة حول هذه المشكلة، مثل السبب البسيطة كالتعرض المزمّن للشمس أو وجود التقرحات القديمة والمعندة ، ويضاف لذلك نقص المعرفة بإمكانيات معالجتها [10، 11، 12، 13، 14]، وهذا ما يطلب أن يتوافر في برامج التنقيف الطبي للجماهير . وقد وجد [4] أن مرضى الـBCC يتأخرون أكثر من مرضى الـSCC.

المعالجات السابقة:

إن وجود عدد لا بأس به من مرضى التأخر تحت بند معالجات طبية سابقة لا يخرجهم من إطار هذه المجموعة، لأن هذه الإجراءات كانت إما خزعات لم يتبعها أي علاج طبي ، أو كانت معالجات غير تامة ؛ وهنا لا يسعنا إلا وضع علامة استفهام حول سبب عدم إكمالها، هل هو رفض من قبل المريض ناجم عن تجربة سابقة مزعجة قادت إلى قطع المعالجة وإلى استفحال الآفة؟ أو أن المعالجة كانت خاطئة فنياً؟. ومن الملفت للنظر أن استخدام المراهم لفترة طويلة من الزمن، والتنقل بين أنواعها المتعددة وخاصة الأدوية الشعبية، كان القاسم المشترك بين نسبة عالية من المرضى ككل، وعلى الأرجح فإن الأرقام التي توصلنا إليها فيما يخص هذه النقطة هي أقل من الرقم الحقيقي، لأن المريض لن يذكر أمام الطبيب "الرسمي" ما قد يكون قد استعمله من "خلطات سرية شافية لكل شيء".

طرق التدبير التي اتبعت لدى مرضى التأخر:

لن نتطرق هنا لمناقشة الأساليب الجراحية التي اتبعت في الإغلاق ولا لاستعراض الأورام الجلدية وأنها يستفيد من المعالجة المتممة ، وإنما سنناقش فقط ما قاد إليه موقف المرضى من تأثير على المعالجة . لاشك أن طريقة الإغلاق بعد الاستئصال الجراحي [1، 4، 7، 8، 15] تتعلق بالمكان الذي توضع فيه الورم، لكن الحجم الكبير للورم أو عمق الارتشاح يجعل طريقة العلاج معقدة أكثر ويحجنا إلى المعالجات المتممة [1، 8، 16، 17]، تكون الآفات التي لم يمض زمن طويل على تشكلها صغيرة عادة ويمكن الإغلاق بعد استئصالها بشكل بسيط وسهل. وقد لاحظنا أن مجموعة التأخر تطلبت في نسبة كبيرة منها إغلاقاً رأبياً معقداً، وعند 13,3% منهم احتجنا للمعالجة المتممة الشعاعية. يضاف لذلك أن 15% من المرضى تعذر لديهم تطبيق حتى المعالجة الملطفة Palliative therapy بسبب الحجم الهائل للورم، أو بسبب الحالة العامة السيئة للمريض والناجمة عن تفاقم مشاكله القلبية الوعائية مع الزمن، والتي حالت دون تطبيق التخدير العام General anesthesia اللازم لمعالجة هذه الأورام المتقدمة نسبياً. ونعطي مثالا عن الحجم الهائل للورم وهي حالة مريضة راجعتنا بسبب سرطانة حرشفية الخلايا في الفروة مع لتكامل كامل طبقات عظم القحف بحيث كانت السحايا مكشوفة أمامنا والحركات النابضة للدماغ مرئية ولا تخفى إلى أحد ، وحالة أخرى شملت فيها سرطانة الخلية القاعدية كامل الخد حتى الصيوان وارتشحت ضمن الحجاج وتثبتت على القحف المتابعة الدورية:

كان العدد القليل جداً للمرضى الذين التزموا بالمتابعة الدورية بعد المعالجة، المحصلة الطبيعية للموقف العام من المعالجة ومن فهمها..

فيغض النظر عن 5 مرضى توفوا خلال الـ(3-6) أشهر التالية للمعالجة لأسباب قلبية وعائية، نجد أن ثلث المرضى فقط التزموا بالمتابعة، وإن كانوا في غالبيتهم العظمى لم يستمروا لأكثر من سنة في ذلك. إضافة لذلك نجد أكثر من نصفهم (60%) لم يراجعوا إلا بسبب اختلاط Complication ملفت أو نكس للورم Recidive أو تشكل ورمي جديد New tumor.

الدافع وراء التردد أو التأخر الشديد في طلب الرعاية الطبية:

لاشك أن النظرة المترددة تجاه الطب وقرار اللجوء إليه هو نتاج مخاض عسير، يمر بدهاليز من الموروث الديني والاجتماعي والثقافي والاقتصادي . تقود هذه العوامل المتفاوتة الشدة والمتشابكة في النهاية إما إلى القبول المتأخر أو إلى رفض الرعاية الطبية .

والمريضة التي أجابت على تساؤلي ما الذي قادها إلى مشرط الجراح طالما أنها تؤمن بشكل لا يتزعزع بأن شفاءها لن يكون إلا عن طريق أحد أولياء الله الصالحين قائلة "وما أدراك أنت، ربما هو يريد شفائي على يديك"، لاشك أن هذا منطق نحترمه ونتعلم منه كيف نتعامل مع الكثير من مرضانا، فهو يعكس أفكاراً متجذرة عند بعض الناس . تواترت نسبة كبيرة من أسباب التأخر تحت تعبير الإهمال واللامبالاة بحيث أنها سيطرت على الإطار العام ، ورغم أنها تعابير عامة إلا أنها تضمنت أسباباً أكثر تحديداً، فقد شكل ضعف الثقة بالجسم الطبي النسبة الغالبة من الكوابح الدفينة وقد تبدى هذا من خلال مخاوف المريض من أن يكتشف لديه ورم خبيث، وهذا سيحجبه للرعاية الطبية؛ وهو يحكم عليها مسبقاً بأنها عاجزة عن مساعدته تماماً، ومن جهة ثانية كما لو أن تجاهل الموضوع هو اتقاء له، وهو منحى نفسي معروف وكنا قد استهلنا مقالتنا بمثال عنه. الحاجز الآخر الذي لاحظناه عند مرضانا تكون لديهم من خلال تجربة سابقة مؤلمة أو مزعجة أو ربما غير ناجعة وهربهم من احتمال حاجتهم لتكرارها.

أدى التردد البدني إلى تفويت الفرصة المثالية للمعالج الشافية واستكمال الحلقة المعيبة -حجم كبير للورم، صعوبة تقنية، تردد طبي أمام المداخلة، تفاقم الإهمال- وهكذا. وبالمقارنة نرى أن هذا الدافع هو كثير التواتر هنا لكنه أقل مما هو عليه في مجموعة الرفض، وهذا مفهوم فهذه المجموعة تأخرت لكنها دخلت أخيراً في متاهة العلاج الطبي الأكاديمي.

أما الخوف بتظاهراته المتنوعة (من أن يكون الورم شيئاً ما، من الإجراءات الطبية، أو من التشوه التالي للجراحة) فلم ينكره سوى عدد قليل من المرضى (أقل من ربع المرضى). و من الطريف ذكر حالة أحد المرضى، والذي تردد سنتين في إجراء العمل الجراحي لورم في شفته لأنه خشي أن يطلب منه الطبيب حلاقة شاربيه وهذا قد يجعله أضحوكة في بلده. وقد لفت نظرنا خلال البحث (دون أن نوجه لذلك عناية إحصائية) أن التقدم نسبياً في السن لا يعني على الإطلاق إهمال الجانب التجميلي في العمل الجراحي، وذلك كما جاء على لسان أحدهم أيضاً، بأن كبير السن يحس بنفسه عالية على من يحيط به، وهو لا يريد أن يزيد الأمر سوءاً بمنظره المشوه المنفر. ومن الملفت أيضاً أن الخوف من المنع عن بعض العادات كالتدخين مثلاً شكل حاجزاً حقيقياً لدى البعض فترددوا كثيراً قبل العنو للجراح لأنه اشترط عليهم الابتعاد عن التدخين فابتعدوا عن الجراح. أسباب الرفض:

قادنا تحري أسباب الرفض إلى مجموعة من السمات المنفردة:

فتحت مفهوم اضطراب العلاقة مريض-طبيب تجمع لدينا القسم الأكبر من مرضى الرفض، وشكل الدافع الأهم وإن كان قد تدخل مع دوافع أخرى أو جاء تحت أشكال مختلفة من التعبير؛ تراوحت بين التشكيك المطلق بمقدرة الطب على المعالجة، إلى الخوف من هذه المعالجة وما قد يرافقها من آلام أو إزعاج، أو وهو الأسوأ من أن تكون سبباً في نشر الورم، خاصة وأن المريض يربط انتشار الورم مع بدء المعالجة وليس مع المرحلة المتقدمة التي أوصل إليها التأخر. الشكل الأخير ولكن ليس الأقل أهمية لاضطراب العلاقة هذا هو خوف المريض مما ستخلفه هذه المعالجة من تشوه وذلك بسبب عدم معرفة الإمكانات الواسعة للجراحة الترميمية. بالطبع لا يطلب مت المرضى أن يعلموا بهذه الإمكانات تفصيلاً لكن نشر التوعية الطبية والثقافة الطبية العامة بإمكانها أن توصل للناس المعرفة بوجود هذه الإمكانيات . وكل ما ذكر يمكن تلخيصه بأنه تشكيك بالطب بسبب نقص المعرفة بالأساليب والإمكانات الطبية من جهة ، وبسبب بعض أخطاء الممارسة الطبية غير الجيدة أو المسؤولة من جهة ثانية[5، 10، 12].

جاء الخوف بخلفياته المتعددة (المعالجة نفسها، أو التأثير السلبي لها، مخلفاتها) الدافع التالي في الأهمية، ولما لاحظناه عند نصف المرضى. ويمكن إجماله بأنه خوف ناجم عن رغبة في الهروب من معرفة الأفة، بسبب غياب المعلومات الصحيحة عنها.

لاحظنا أيضاً أن الخوف من استفحال الورم بعد جرحه لم يعبر عنه إلا نسبة قليلة من المرضى في هذه المجموعة وإن كنا نعتقد أن هذه الفكرة متجذرة في الواقع أكثر مما ظهرت؛ ربما لأن الرفض ورفض الإفصاح عن السبب أمران متتامان، يتطلب منا هذا نشر معرفة صحيحة عن التقنية الجراحية لاستئصال الأورام دون لمسها أو رضها، ومبدأ هامش الأمان، والخزعة الاستئصالية وتجنب جرح الآفات المشبوهة بخزعة جزئية. من ناحية ثانية شكل الخوف من التشوه دافعاً للرفض عند حوالي ربع المرضى، لاشك أن هذا دافع واقعي في الأورام الكبيرة. لكنه يأخذ أهمية خاصة هنا لأن معظم مرضى هذه المجموعة كن من النساء.

لم تشكل الأسباب المادية إلا جزءاً ضئيلاً من دوافع الرفض لسبب بسيط وهو أن معظم المعالجات تتم في مشفى الجامعة أي مجانية.

أين يمكن التدخل؟

أورام الجلد الخبيثة هي الأكثر شيوعاً على الإطلاق عند الإنسان [1، 4، 5، 6، 12، 16، 18] مع بعض الاختلافات في تواتر أنواعها بين الأعراق البشرية المختلفة [1، 2، 6، 9، 18] ويتعلق ظهورها بعوامل خطورة بنيوية وراثية وبمجموعات بيئية [5، 13، 19] يمكننا عن طريق الوقاية البدئية أي تقليل أو تحييد عوامل الخطر البيئية أو البنيوية الوصول إلى تقليل ظهور الأورام، أما الوقاية الثانوية فتكون بكشف ومعالجة سوابق المرض من جهة وبكشف ومعالجة هذه الأورام في مراحلها الباكرة Early detection. تختلف شدة تأثير هذه العوامل في ظهور هذه الأورام بحسب نوعها إن كانت من الأورام اللاميلانية Non melanoma skin cancer (NMSC) أو من الأورام الميلانية (Coetaneous melanoma (CM)، ولكون هذه الأورام تختلف فيما بينها أيضاً بالتطور المرضي البطيء نسبياً للأولى والأسريع للثانية وبالإنذار الأفضل كثيراً للأولى مقارنة بالثانية فإن سياسة الوقاية تختلف في تفاصيلها بين النوعين.

فبالنسبة للأورام الجلدية اللاميلانية مثلاً يمكن إنقاص أثر العوامل البيئية بالحماية من الأشعة فوق البنفسجية (Ultra violet B) (290-320 نانومتر) حيث يكون دور هذه العوامل على أشده [1، 5، 6، 12، 19، 20]، وإنقاص أثر العوامل الوراثية بتوجيه هذه الحماية بشكل اشد تركيزاً على الأشخاص الأكثر استعداداً أي ذوي البشرة الفاتحة اللون والشديدة الارتكاس للضياء Photosensitive.

أما بالنسبة للأورام الميلانية الخبيثة فإن إنذارها يتحسن كثيراً بالكشف والعلاج المبكرين وقبل أن تتجاوز ثخانتها الـ 1/1 مم [5، 6، 7، 8، 10، 11، 16]. من المهم هنا العمل أكثر على تخفيف أثر العوامل البنيوية بالانتباه لمجموعات المرضى المهيئين مثل الذين لديهم وحامات عسر تصنعية Dysplastic nevus، سوابق عائلية للإصابة بأورام ميلانية خبيثة، وكشف وعلاج الآفات الولادية السابقة للخباثة أكثر من الاهتمام بالعامل البيئي [12، 13، 14].

رغم أن أساليب الوقاية تختلف قليلاً بين نوعي الأورام الجلدية إلا أن قاسمها المشترك هو زيادة معرفتها بشكل صحيح من قبل الأطباء أولاً والناس العاديين ثانياً. ويمكن إيجاز طرق تحسين الإنذار بالنسبة لكل هذه الأورام بما يلي: الحماية من الأشعة فوق البنفسجية وخاصة لذوي الجلد السريع الارتكاس لها، تحري سوابق الورم مبكراً، التحري الدقيق والانتباه خاصة لمن لديهم سوابق عائلية للإصابة بأورام ميلانية خبيثة، أو من لديهم وحامات عسر تصنعية، كشف هذه الأورام بعد تشكلها وعلاجها بشكل جذري بدنياً، وأخيراً نشر ثقافة ما يسمى بالفحص الذاتي ولكن على أساس من المعرفة وليس الرعب.

مكننا دراستنا من وضع اليد على بعض مناطق الخلل في مشكلة الأورام الجلدية في بلدنا تشخيصاً وعلاجاً. وقد وجدنا أن ضعف ثقة المرضى بالطب بشكل عام وبمؤسساته الفردية (أطباء) والجماعية (مشافي) تلعب دوراً كبيراً في تأخر تشخيص هذه الأورام وصعوبة علاجها وسوء إنذارها. وإن قسماً كبيراً من أسباب ضعف الثقة هذه هو نقص المعلومات الطبية الصحيحة لدى مجموعتنا الهدفية (الناس). ولا بد هنا من الإشارة إلى الخلل الكبير أيضاً والذي أصاب التعليم الطبي والتدريب السريري. والقسم الآخر من الأسباب نجده عند الجسم الطبي نفسه وذلك على صعيدين؛ الأول هو الممارسة الطبية غير الصحيحة والخاطئة أحياناً، والثاني هو التقصير والأخطاء الحاصلة في مجال نشر الوعي الصحي.

قائنا هذا إلى وضع بعض الملاحظات والتوصيات حول نشر الوعي الصحي:

1. من المهم تصحيح المفاهيم الخاطئة الموجودة لدى الناس أو إعادة صياغتها بطريقة علمية ومناسبة بنفس الوقت لطريقة تفكيرهم، مثل فكرة ارتباط الجراحة مع نشر الورم، بإيضاح التطور الطبيعي للورم من جهة، وشرح مبدأ الجراحة غير اللائمة للورم، ومبدأ هامش الأمان.
2. التركيز على أهمية الكشف المبكر، لأن ذلك يعني الشفاء التام تقريباً، ويعني أيضاً حصر ازعاجات المعالجة في حدها الأدنى.
3. التركيز على أهمية الوقاية الشمسية Sunprotection وخاصة عند الأطفال، وبشكل أساسي في فترات الظهيرة، دون أن نسمح بنسيان عوامل الخطورة الأخرى كالقصة العائلية أو وجود الوحامات عسر التصنيعية مثلاً وشرح فكرة الفحص الذاتي الدوري.
4. عوضاً عن التركيز على تزايد ظهور هذه الأورام عددياً؛ التنبيه على تحسين طرق الكشف، وتحسن الإمكانيات الطبية، والعلاج والإنذار في مواجهة هذه الأورام وليس العكس.
5. التركيز على أن الوقاية ممكنة بنياً بتحديد العوامل البدئية وكشف ومعالجة الآفات ما قبل السرطانية، وثنوياً بالكشف والمعالجة المبكرة مما يحسن الإنذار بشكل كبير.
6. التوعية يجب أن تشمل سكان المدينة بالإضافة لسكان الريف، مع التركيز على المجموعات النسائية، وإيضاح إمكانيات الجراحة الترميمية في حصر التشوه عقب العمل الجراحي، وخاصة إذا ما كشفت الآفات في مراحلها البدئية.



- [1]- HABIF, TH. P.1995 – *Clinical dermatology, color guide to diagnosis and therapy*. 3d. Ed. Mosby.
- [2]- BAHAMDAN, KG., MORAD, N.A. 1993 – *Pattern of malignant skin tumors in Assir region, Saudi Arabia*. Annal Saudi med. Vol.13, No.6.p.402-406
- [3]- CHUANG, T.Y., POPESCU, A. et al 1990 – *Basal cell carcinoma, A population –based incidence study in Rochester Minnesota*. J. Am. Acad. Dermatol. Vol.22, No.3, Jul. 1990. P.413-417
- [4]- أبو الشوارب، فادي 1999 – دراسة نتائج المعالجة الجراحية للأورام الجلدية الخبيثة التي تصيب العنق والرأس بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا بإشراف محمد الرستم وميشيل بطرس، جامعة تشرين، اللاذقية.
- [5]- MARKS, R. 1995 – *An overview of skin cancer*. Cancer Suppl. Jan. 15, Vol.75, No.2. p.617-612
- [6]- LEFFE, D.J., BRASH, D.E., 1998 – *Sunlight and skin cancer*. Scientific American, Vol.14 No.2, Jan+Feb. 1998، النسخة العربية.
- [7]- الأرمني، جان؛ الأرمني، عزام 1994، الأورام القمامينية . بحث علمي أعد لنيل شهادة دكتور في الطب بإشراف ميشيل بطرس، جامعة تشرين، اللاذقية.
- [8]- *Empfehlungen zur diagnose, therapie und Nachsorge oncologischer Erkrankungen, Maligne Melanome 1985 – 2. Auflage, Tumor Zentrum Muenchen.*
- [9]- HALDER, R.M., BRIDGEMAN-SHAH,S. 1995 – *Skin cancer in African Americans*. Cancer Suppl. Jan. 15, Vol.75, No.2. p. 667-673
- [10]- KOH, H.K., GELLER, A.C., MULLER, D.R., LEW, R.A. 1995 – *The early detection of and screening for melanoma*. Cancer Suppl. Jan. 15, Vol.75, No.2. p.674-683
- [11]- KOPF, A.M., SALOPEK, TH.G., SLADE, J., MARGHOOB, A., BART, A. 1995 – *Techniques of cutaneous examination for the detection of skin cancer*. Cancer Suppl. Jan. 15, Vol.75, No.2. p.684-690
- [12]- RHODES, A.R. 1995 – *Public education and cancer of the skin*. Cancer suppl. Jan. 15, Vol.15, No.2. p.613-636
- [13]- SOBER A.J., BURSTEIN, J.M – *Precursors of skin cancer*. Cancer suppl. Jan. 15, Vol.15, No.2. p.645-650
- [14]- PINKUS, H., MEHERGAN, A.H., 1980 – *Premalignant skin lesions*. Clinics in Plastic Surgery Vol. 7, No.3, Jul. 1980.p.289-300
- [15]- FLEMING, I.D., AMONETTER, R., MOAGHAN, T., FLEMING, M.D., 1980 – *Principles of Management of basal cell and Squamous cell carcinoma of the skin*. Clinics in Plastic Surgery Vol. 7, No.3, Jul. 1980.
- [16]- GRABB AND SMITH S. 1997 – *Plastic Surgery*. 5th. Ed., Edit. S.J. Aston, R.W. Beasley, C.H.M. Thorne, lippincott, Raven Philadelphia, NY, 1997.
- [17]- HRUZA, G.J. 1990 – *Mohs micrographic surgery*. Otolaryngology Clinics North Amer. Vol.23, No.5, Oct. 1990. p.845-862
- [18]- WILLEN, R., PETTERSON, B.A. 1989 – *Pattern of malignant tumors in king Fahed hospital, Al Baha, Saudi Arabia*. Saudi med. J. 10(6) 492-502.
- [19]- BECHTEL, N., GALLEN, J.P., OWEN, L.G., 1980 – *Etiologic agents in the development of skin cancer*. Clinics in Plastic Surgery Vol. 7, No.3, Jul. 1980. p.265-275
- [20]- PALETTA, F. 1980 – *Squamous cell carcinoma of the skin*. Clinics in Plastic Surgery Vol. 7, No.3, Jul. 1980.p.313-336