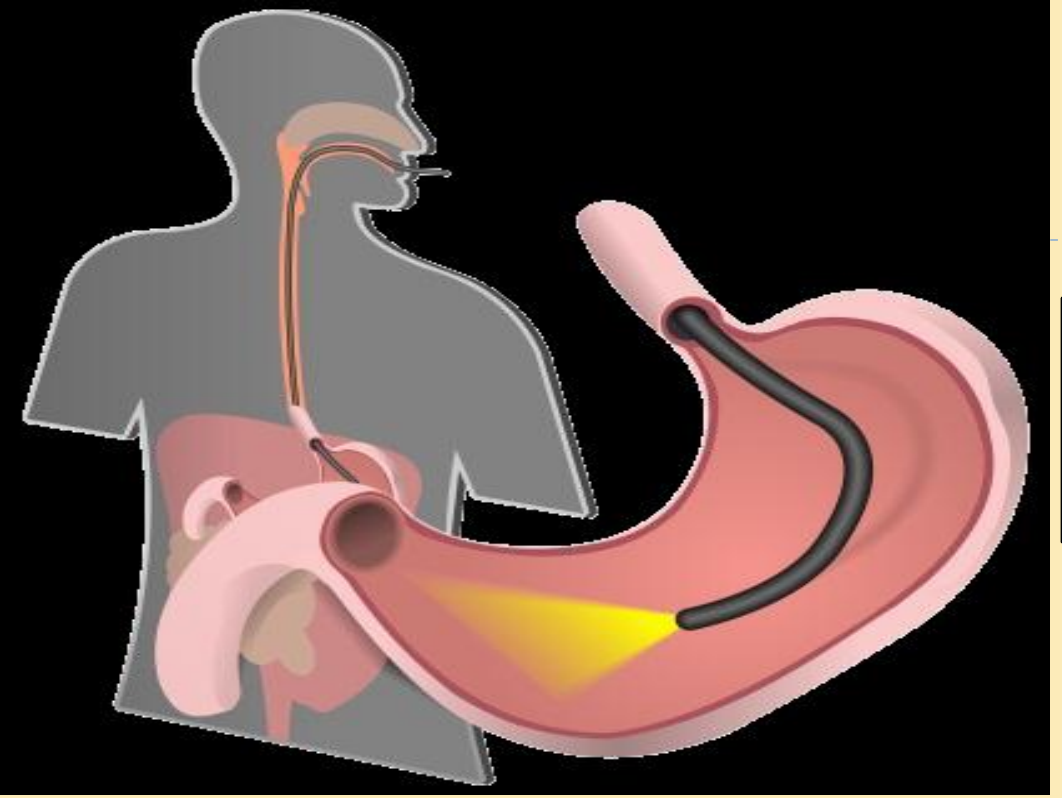


مناهج عربية

arabeducationsite.com



جامعة حماة-كلية الطب البشري

الدكتورأ نس محمود زكية

افات المري 3
2018

السلام عليكم زملائنا الأعزاء:
سنبدأ اليوم في الحديث عن الاضطرابات التقلصية للمري بنوعيها البدئية والثانوية، ثم ننتقل للحديث عن أورام المري السليمة والخبيثة لنختم بذلك آخر محاضرات المري

تذكرة فيزيولوجية بالية البلع

تدخل القمة الطعامية الى الفم فتمضغ وتسحق بالاسنان وتخلط باللعاب لتصبح كتلة شبه متجانسة وبعد ذلك يغلق شراع الحنك اللين (لمنع دخول اللقمة الطعامية الى البلعوم الانفي) وترتفع قاعدة اللسان لتدفع باللقمة نحو البلعوم وعندما تصل اللقمة نحو البلعوم تتقلص عضلات البلعوم العلوية ثم الوسطى ثم السفلية مع انغلاق لسان المزمار بارتفاع الحنجرة (لمنع دخول الطعام اليها

في حالة الراحة:

يكون الضغط في معصرة البلعوم السفلية 0 وعندما تصل اللقمة اليها تتقلص بعد ان يرتفع ضغطها الى حوال 60ملم ز حتى تدفعها للاسفل وهو ما يظهر لنا بشك شوكة <spike (s)

عندما تتقلص معصرة البلعوم السفلية ترتخي المصرة المريئية العلوية فينخفض ضغطها من 35 الى 0وفي الوقت ذاته عندما تنفتح المصرة المريئية العلوية تنفتح المصرة المريئية السفلية LES

وينخفض ضغطها من 20ملم ز الى 0 وبعد مرور اللقمة الطعامية تعود وتغلق المصرة السفلية ويعود الضغط الى 20ملم ز

يتم قياس تغيرات الضغط عبرجهاز MANOMETRY والذي يحوي ثقوبا لهذه الغاية في مستوى البلعوم (المعصرات) ،المصرة المريئية العلوية،جسم المري،المصرة المريئية السفلية

اضطرابات الوظيفة التقلصية للمري

تقسم افات المري الحركية (اضطرابات الوظيفة التقلصية) الى:

اضطرابات تقلصية بدئية(اولية): عند غياب اي افة عضوية في المري مسببة للاضطراب.

اضطرابات تقلصية ثانوية: اذا كان هناك افة ادت الى هذه الاضطرابات مثل التهاب المري او اورام المري او غيرها

ويمكن ان تترافق هذه الافات مع اضطراب بالوظيفة التقلصية للمري dyskinesia

اضرابات تقلص المري البدئية في المري

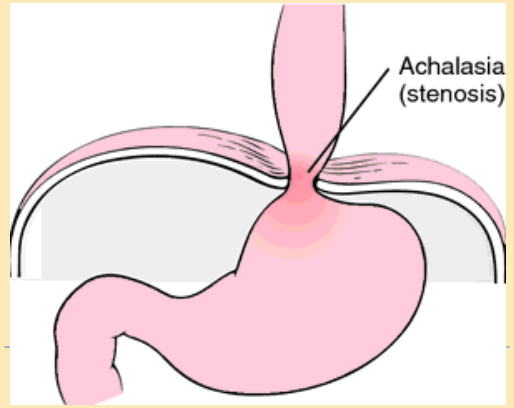
١-الاكلازياachalasia .

٢-داء التقلص المعمم بالمري(تشنج المري المعمم)<Diffuse esophagus spasm

٣- مري كسارة البندق nut craker esophgus

٤-اكلازيا العضلة الحلقية البلعومية.

تترافق هذه الاضطرابات مع عسرة بلع تبدا للسوائل والجوامد معا حيث يكون السبب اصابة عضلية او في التعصيب كما سنرى الان



اولا-الاكلازيا achasia

تحدث في كل الاعمار خاصة 60-40سنة.
تتعادل نسبة الاصابة عند الذكور والاناث.

لها عدة مسميات :

١- اللاارتخائية achalasia بسبب غياب الارتخاء المتواقت لمصرة المري السفلية مع بدء البلع ودخول اللقمة الطعامية لاعلى المري .
٢-المري العرطل مجهول السبب idiopathic mega esophgus لحدوث توسع في جسم المري
٣-تشنج الفؤاد cardiospasmنسبة لتشنج فؤاد المعدة

انماطها :

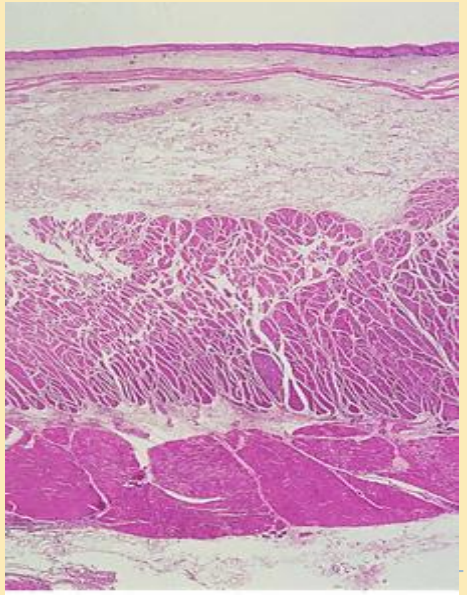
	النمط التقليدي (١)	الاكلازيا النشيطة(نمط ٢)
الانتشار	هي الاكثر مصادفة وتمثل 95%تقريبا .	قليلة المصادفة 3-5%
الالية	١-غياب تقلصات جسم المري. ٢-غياب ارتخاء المصرة السفلية استجابة لفعل البلع. ٣-زيادة مقوية المصرة السفلية	وجود بعض التقلصات غير الطبيعية بجسم المري(عالية الشدة غيرمنتقلة وتحدث بصورة متواقتة بمستويات متعددة.
النتيجة	توسع شديد للمري فوق المصرة السفلية المتضيقة فيكون المري واهنا مرتخيا عديم الحركة.	جسم المري متشنج وغالبا ما يترافق ذلك بالم صدري.

الالية الامراضية للاكلازيا:

يحدث اضطراب في :

* تعصيب المري المبهمي(اذية المبهم او احد نوياته).
* تعصيب المري الذاتي بتخرب وزوال تدريجي لخلايا اورباخ المتوضعة في جدار المري بين الطبقتين العضليتين الداخلية الدائرية والخارجية الطولانية لسبب مجهول .
* قد تنجم عن داء شاغاش الذي يسببه طفيلي المثقبيات الكروزية ينتشر بين سكان امريكا الجنوبية ويؤدي الى التهاب العضلة القلبية وسلسلة من الاضطرابات الحركية للسبيل الهضمي والتي تسبب تخربا في ضفيرة اورباخ مما يؤدي الى اعراض مشابهة تماما للاكلازيا مجهولة السبب(ضخامة وتوسع مري ..)وهنا يكون التخرب ثانويا(معروف السبب نتيجة التطفل) لذا سنصنفه مع اضطراب حركية المري الثانوية كما سنرى لاحقا.

في الحالة الطبيعية عند البلع تنشا موجات تقلصية تنتقل من مستوى الى اخر بفارق اجزاء من الثانية وتكون منتشرة بشكل متواقت



التشريح المرضي:

درجة توسع المري تتراوح بين درجة بسيطة 2.5سم(لمعة المري السوية2) وحتى10سم وهذا التباين لاينجم عن درجات مختلفة لتطور المرض بل كنتيجة لوجود نوعين مستقلين للافة(التقليدي والنشط).

وبالمجهر نلاحظ ان مايميز الاكالازيا هو تسمك الطبقة العضلية الدائرية الداخلية وتليف الصفيحة الخاصة والطبقة تحت المخاطية وغياب الغدد .

أعراض الأكلازيا :

١-عسرة البلع : ولها صفات

بدايتها مترددة متغيرة من يوم لاخر (أي فترة من الهجوع وفترة من المعاودة)

مع مرور الزمن تصبح تصبح عسرة البلع ثابتة (مستمرة) .

تزداد بالانفعالات النفسية والشدة وبتناول الطعام بسرعة .

تتعلق بحرارة الطعام(تزداد بالطعام والسوائل المثلجة والباردة وتقل بتناول الساخنة).

تبدا للجوامد والسوائل معا غالبا ويمكن ان تكون تناقضية احيانا أي تبدا للسوائل ثم تحدث للجوامد و مترقية .

يلجا بعض المرضى احيانا لحركات ومناورات تسهل عبور اللقمة الطعامية من المصرة السفلية مثل مناورة فالسافا : يحبس المريض الشهيق ويضغط تماما كما اثناء التغوط .

فرط بسط الجذع (قعس) : الذي يسبب تباعد سويقات الحجاب الحاجز معا مما يساعد في تقويم الزاوية بين المري والمعدة ويسهل عبور اللقمة الطعامية .

شرب جرعة كبيرة من الماء بعد اللقمة : فيدفعها رغم التضيق .

قد يكون مريض الاكالازيا متاقلما مع تلك الحركات لعدة سنوات (كل ما يبلع اللقمة بيقصع ظهرة للخلف او بيعمل فالسافا والناس تفكر بان لديه عرة) .

٢- ارتداد الاطعمة بسبب توسع المري وامتلائه بالمواد الطعامية .

٣- نوب سعال ليلي بسبب استنشاق الاطعمة .

٤- انتانات رئوية متكررة معندة على العلاج واعراض تنفسية علوية .

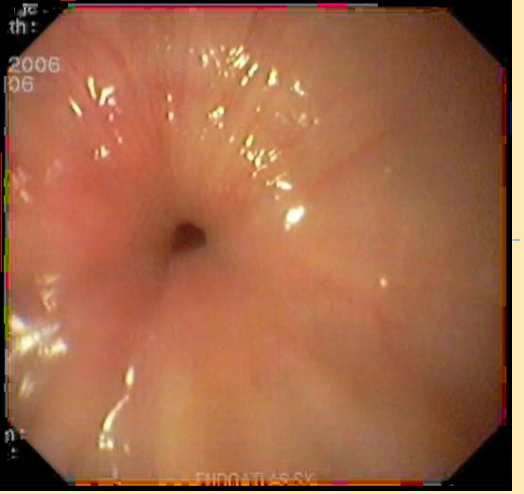
٥- النحول وفقد الوزن بسبب عسرة البلع المستمرة ةسوء التغذية ولكنه عرض متاخر .

٦-الالم الصدري : نادرا ما يحدث بالنمط التقليدي ولكنه اكثر شيوعا في الاكالازيا النشيطة (مميزة)

يمكن ان يحدث في بداية المرض وسببه التقلصات ذات السعة العالية المتواقتة غير المنتشرة في جسم المري.

يحدث عادة خارج اوقات الطعام والبلع .

قد يشكو المريض من حرقة خلف القص احيانا بسبب تخمر الاطعمة بالمري وتخريشها للمخاطية ، ويسبب ذلك التهاب مخاطية المري(لابسبب القلس لان المصرة السفلية مغلقة بشدة) ، والالم بالدرجة الاولى حرقة وبنسب اقل ياخذ اشكالا مقلدة للالم القلبي او الروماتيزمي .



تشخيص الكالازيا :

**تنظير هضمي علوي : نلاحظ فيه المري متوسع مليء بالاطعمة وقد نجد التهاب بالمخاطية وتقرحات بسبب الركودة الطعامية (يمكن رؤيتها اذا كان المري مغلقا غير مليء بالطعمة) ،الفؤاد مغلق بشدة (نقطي كما في الشكل) وهنا ياتي دور التنظير في التشخيص حيث ان مرور المنظار عبر الفؤاد يترافق بشعور الطبيب بقفزة خاصة (مقاومة مطاطية) ولكن رغم وجود المقاومة يتجاوزها بسهولة وهذه العلامة مميزة خصوصا في حال كان التوسع بسيطا غير واضح 2.5سم .

وكذلك الرؤية الراجعة بالمنظار للمعدة تؤكد عدم وجود ورم مسبب للتضيق بقبة المعدة .

ويفيد التنظير كذلك في اخذ خزعة وذلك لنفي وجود افة مرتشحة مسببة للتضيق اسفل المري .

**الايكو الباطني EUS : لنفي وجود ارتشاح ورمي بالجدار .

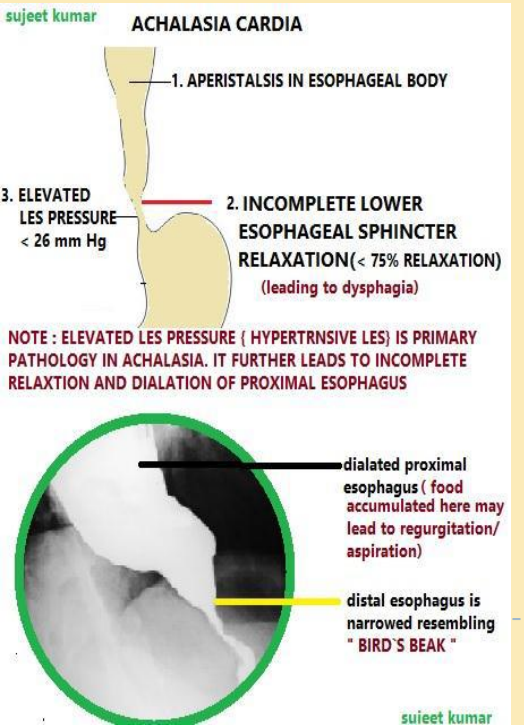
**صورة المري الظليلة : ونلاحظ فيها :

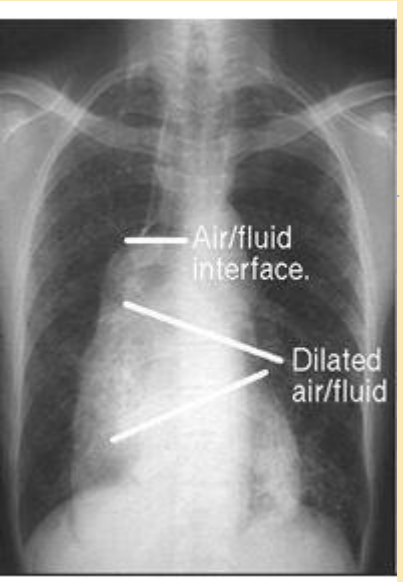
توسع جسم المري سوية سائلة غازية

اسفل المري متضيق مستدق يشبه منقار الطير (ذنب الفجلة)

قد نشاهد رتج فوق حجابي او فتق حجابي .

**صورة البطن البسيطة ونلاحظ فيها :





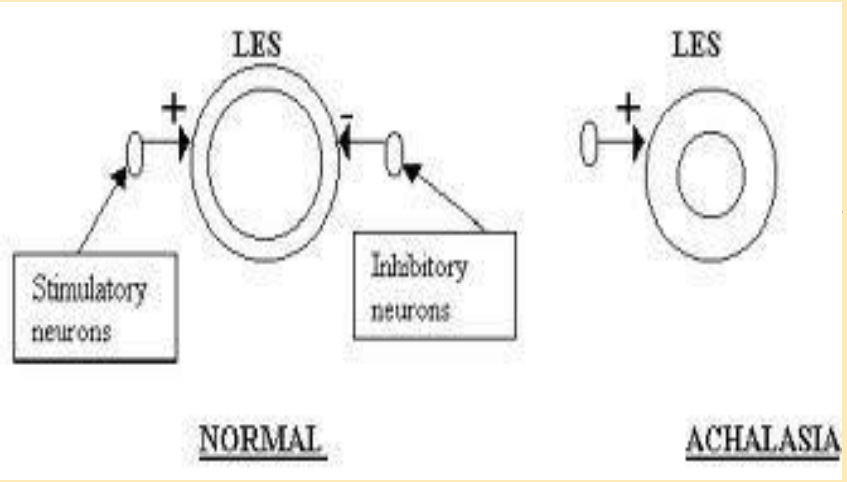
**صورة البطن البسيطة: ونلاحظ فيها
سوية سائلة غازية بالصدر
اتساع المنصف
توسع بالمري يشبه مظهر السين
غياب جيب المعدة الهوائي تحت قبة الحجاب الحاجز لعدم وصول الهواء للمعدة

**قياس ضغوط المري :

نلجا لقياس ضغوط المري بعد التنظير الذي يوجهنا ويعتبر قياس المانوميتري المشخص الرئيسي للاكلازيا باظهار التبدلات الاتية :
زوال التقلصات الحوية المنتقلة في جسم المري.
غياب ارتخاء المصرة السفلية او ارتخائها غير الكامل لفعل البلع.
ارتفاع ضغط الراحة في المصرة المريئية السفلية في الاكلازيا : حيث يرتفع الضغط فوق الطبيعي أي اكثر من ٢٠ ملم ز خلال الراحة ويصل لما يقارب ٦٠ ملم ز .
ونكمل ايضا بالمنظار للعفج وخاصة عند ظهور الاعراض الشديدة و المريض فوق ال ٦٠ سنة او لديه فقر دم او لديه هيموغلبين في البراز او لديه نقص وزن او استمرار هذه الاعراض اكثر من ٦ اشهر .

مضاعفات الاكالازيا :

-اختلاطات قصبية رئوية بسبب استنشاق المواد الطعامية .
-التهاب مري بسبب الركودة والتي يمكن ان تسبب تقرحات ونزوف حادة او مزمنة
-حدوث سرطان مري شائك الخلايا SCC ونسبته 3-5% من الحالات بعد15-20سنة من التشخيص،.لذا لابد من اجراء تنظير هضمي دوري حتى بعد العمل الجراحي فالعلاج الجراحي لا يذهب خطر التسرطن .



معالجة الاكالازيا :

المصرة المريئية السفلية عبارة عن عضلات ملساء يؤثر على تقلصها المقوي نوعان من النواقل العصبية : الاستيل كولين وال NO وعند غياب ال NOالمرخي للمصرة السفلية يزيد تاثير الاستيل كولين وتحدث الاكلازيا

وكما نعلم الكالسيوم هي الشاردة الوسيطة في عملية التقلص .

وهدف المعالجة هو فتح المصرة المريئية السفلية للسماح بعبور الطعام .

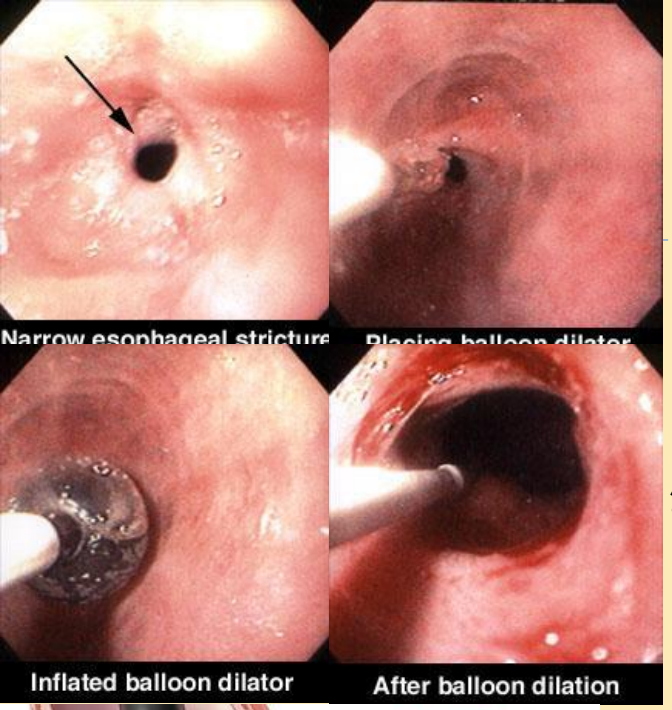
المعالجة الدوائية للاكلازيا :

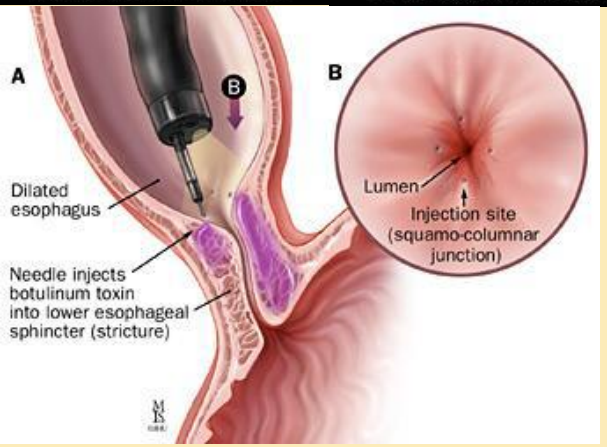
حاصرات قنوات الكالسيوم مثل النيفيدبين الديلتازم.والفيراباميل

نتروغليسرين يوسع الاوعية الاكليلية ويرخي العضلات

مركبات النترات

تبقى فعالية هذه الادوية ضعيفة بفتح المصرة السفلية ولها اثار جانبية واستخدامها غير منطقي ولا بد من من علاج مستديم .





المعالجة التنظيرية :

*****التوسيع التنظيري بالبالون :بالون يمرر من خلال المنظار وينفخ عند المصرة السفلية مما يؤدي الى تمزيق المصرة وتتوسع وعادة يجرى عدة جلسات (٢-٣) لكن مفعول هذه الطريقة مؤقت عادة (٢-٣ سنة حيث تنكس الاعراض) ولكن يشاهد حالات من الاستجابة لسنوات وبجلسة توسيع واحدة. خطورتها خطورة تمزق المري بنسبة ١-٥ % من الحالات .

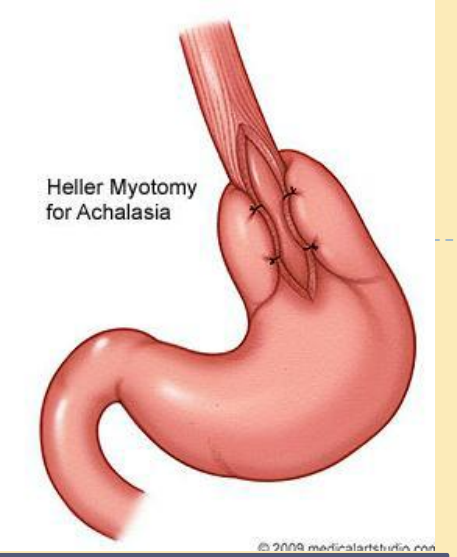
*****حقن ذيفان المطثيات الوشيقية بالمصرة السفلية من خلال التنظير مما يؤدي الى ارتخائها كيميائيا ومفعول هذه الطريقة مؤقت اقل من ٨ اشهر عادة .

يستخد الذيفان الوشيقي (البوتيكس) في معالجة الشقوق الشرجية ايضا .

المعالجة الجراحية :

هي الحل الامثل خاصة عند الشباب

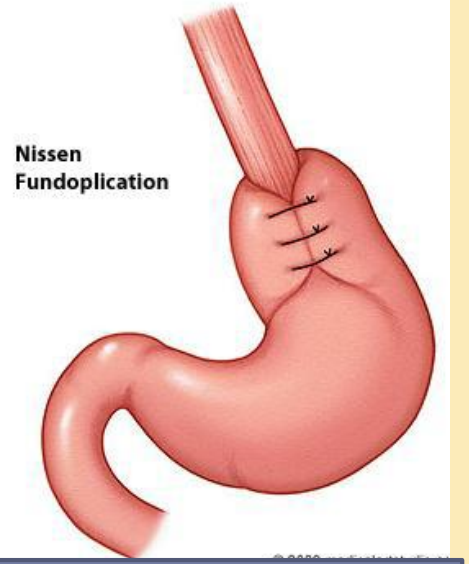
افضل العمليات تسمى HELLER والتي يتم فيها قطع عضلة الفؤاد خارج المخاطية وبالتالي تنفتح المصرة السفلية ، وعلى الرغم من غياب التقلصات المريئية تزول عسرة البلع .



عملية هيلر المشركة مع نيسن جزئي

ولتجنب المريض القلس مستقبلا بفعل ازدياد انفتاح المصرة السفلية الجراحي تشرك غالبا مع عملية نيسن جزئي .
لكن الجدير بالذكر ان اجراء نيسن كاملة هو مضاد استطباب لمريض الاكلازيا الذي تغيب تقلصات المري لديه ،فكما نعلم ان الغاية من تلك العملية هو ربط جزء من قاع المعدة بالمري ليشكل دساما يمنع عودة المواد القالسة اليه وعندما نحيط المري كاملا بالجزء المثني من القاع نكون قد فاقمنا المشكلة وسببنا عسرة بلع لايمكن تجاوزها .

اضافة العلاج الدوائي بال PPI هو غالبا ضروري تلو المعالجة الجراحية للاكالازيا او المعالجة التنظيرية لمنع التهاب المري .



عملية نيسن الكاملة

الاكلازيا الكاذبة pseudoachalasia

- تعطي صورة مماثلة للأكالازيا من الناحية السريرية لكنها تكون **سريعة التطور** .
- سببها غالباً **نشوئي** إذ يحدث انسداد ميكانيكي في منطقة الوصل المريئي المعدي **وتبقى الضفيرة العصبية سليمة** .
- تشمل 5%من المرضى الذين لديهم قصة سريرية و مانوميترية مماثلة للأكالازيا التقليدية (لكنها ليست حقيقية).

- تحدث غالباً عند المسنين أكبر من 50- 60 سنة، وترافق مع **نقص وزن سريع وشديد**.
- 50٪ من مرضى الأكالازيا الكاذبة شُخّص لهم **أدينوكارسينوما** في المري والمعدة.
- التشخيص : يعتمد على **التنظير الهضمي العلوي** مع التأكيد على أخذ الخزعات عند الشك بوجود الخباثات
- تجرى الاختبارات التالية قطعاً : EUS, Multi-Slide-CTscan ايضاً MRI عند الشك بوجود الخباثات.

ثانياً – داء التقلص المعمم (المنتشر) في المري:

Diffuse Esophageal Spasm (DES)

- يتميز بحدوث تقلصات **شديدة** غير طبيعية **متواقتة** Simultaneous، **وغير منتشرة** Aperistaltic في جسم المري، تماماً مثل الأكالازيا النشيطة vigourus لكن..

ما الفرق بينهما إذاً ؟ **تكون المصرة LES طبيعيه تماماً في DES حيث:**

أ. ضغطها أثناء الراحه 20ملم ز

ب.تنفتح عند البلع بشكل مواقت لانفتاح UES

1. الأعراض:

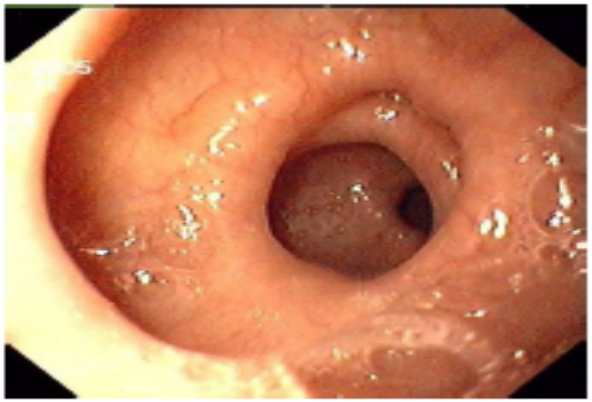
- عسرة بلع متغيرة من يوم لآخر للجوامد والسوائل معاً.
- ألم صدري (خناق مريئي):
  - ✓ **خارج أوقات الطعام** (بدون بلع).
  - ✓ هام جداً: **يقلد الخناق القلبي وتسميه الخناق المريئي**، الفحوص القلبية : **(اختبار الجهد والقثطرة الإكليلية) تكون طبيعية**، خلافاً لالتهابات المري التي يمكن أن تترافق مع تبدلات تخطيطية من نمط نقص التروية.
  - ✓ **سببه** : نقص تروية المري العابر أثناء التقلصات أو التوسع بالإضافة إلى التوتر بجدار المري.
  - ✓ ليس للألم علاقة ببذل الجهد والأكل، ويمكن أن ينشط بشرب المشروبات الباردة

2-التشخيص:



- **التصوير الظليل للمري**(أسهل شي) : يظهر تقلصات شديدة متواقتة أسفل المري ← كمنظر المسبحة rosary bead esophagus (أو المري المفتاح corkscrew).
- **التنظير الهضمي** : يبدي التقلصات (ليست مثالية).
- **قياس ضغوط المري (أهم شي)** : يظهر تقلصات في جسم المري ذات سعة عالية وغير منتشرة أسفل المري ، لكن ضغط الراحة وارتخاء العصرة السفلية للمري عند البلع طبيعياً (وهو الاختبار المثالي).

3-المعالجة:



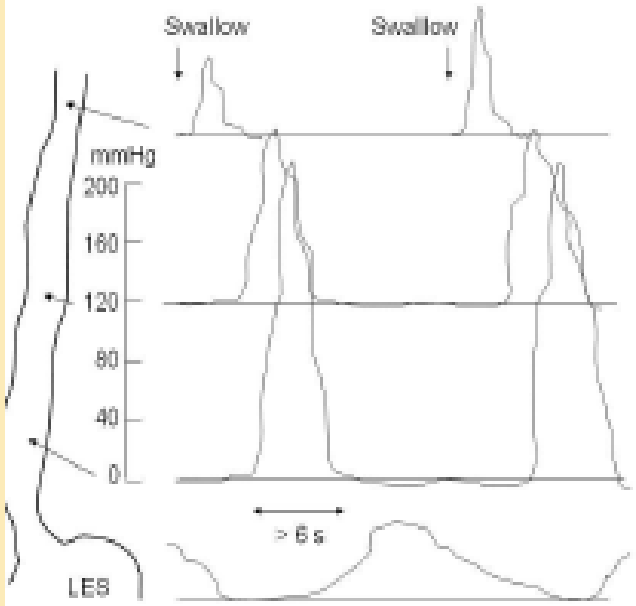
- دوائية:تعطى أدوية مرخية للعضلات الملساء مثل:
  - مهدءات من نمط البنزوديازيبامات BZD .
  - مشتقات النيترات .
  - Hydralazyne (Nepresol) (دواء خافض لضغط الدم).
  - حاصرات الكالسيوم لتخفيض سعة القلوصية Nifedipine ..

تاثير هذه الأدوية مؤقت غالباً .

- نلجأ لإجراء التوسيع بالبالون عند عدم فعالية العلاج الدوائي، إلا أنه أقل فاعلية بكثير منه بالأكالازيا وعملياً لا نجريه.

- جراحية : قطع العضلية خارج المخاطية (عملية هيلر المعدلة) وهنا يجب أن يمتد الشق لارتفاع 4-5-6سم لا مجرد2-3 سم في الخزع خارج العصرة

ثالثاً- مريء كسارة البندق Nutcracker Esophagus:



تحدث فيه تقلصات **متواقتة ، عالية السعة، مديدة** (تدوم فترة طويلة)، **منتشرة** Peristaltic من الأعلى للأسفل (**ميزتها** عن الـ DES) مع مصرة سفلية طبيعية.

-الأعراض و التشخيص :

- عسرة بلع + ألم خلف القص ، و يظهر المخطط المانومتري **سعة عالية عريضة** على فترة زمنية أطول و تكون التقلصات **منتشرة**.
- السعة العالية تسبب الخناق المريئي كما ذكرنا بآلية نقص التروية وعسرة بلع أيضاً.

رابعاً- أكالازيا العضلة الحلقية البلعومية أو فرط مفوبنها:

- و تتظاهر عادة **بعسرة بلع شديدة لاسيما عند المسنين.**
- في الحالة الطبيعية : يتواافت تقلص المعصرة البلعومية السفلية مع ارتخاء المصرة المريئية العلوية لتسهيل مرور اللقمة الطعامية للمري.
- لكن عند هؤلاء المرضى يحدث عدم توافت بينهما **فتبقى المصرة العلوية مفرطة التقلص** ومغلقة بالتالي يرتفع الضغط في القسم السفلي من البلعوم مع بقاء المعصرة السفلية سليمة (فالسبب ليس لقمة Hys ولا قلة إفراز المسنين للعاب كما يشاع).

- **بناء على ما ذكرناه يتطور لدى المريض :**

- **طريق كاذب للطعام** : يسبب تقلص معصرة البلعوم السفلية و عدم ارتخاء المصرة المريئية العلوية مع مرور الزمن انفتاقاً للمخاطية و بالتالي تاهب لحدوث **زتج زنكر** .
- **الشردقة** : دخول الطعام للرغامى و القصبات .

– التشخيص والمعالجة :

- **التصوير الشعاعي الجانبي الظليل** ← انطباع حلقي **منتظم** (وليست مشرشرة كما في الأورام) في مستوى الفقرة الرقبية 6 يضغط المري الأملس بصورة منتظمة .

- **قياس ضغوط المري** : يبين ارتفاع الضغط في المصرة العلوية .
- يكون العلاج **جراحياً** بخزع المصرة المريئية العلوية.

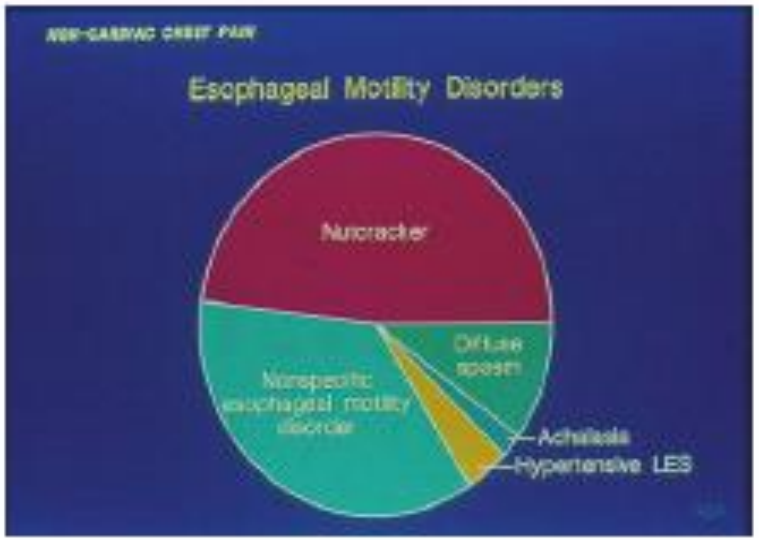
الألم الصدري Chest pain

يقسم الألم الصدري إلى :

- **70٪ ألم قلبي خناقي إكليلي المنشأ** : بسبب تشوه تشريحي في الشرايين الاكليلية (نكشفها من خلال اختبار الجهد أو القثطرة).
- **30٪ ألم غير إكليلي المنشأ** : وهذا يسمى Non-coronary Chest Pain (NCCP)، الشرايين الإكليلية طبيعية باختبار الجهد والقثطرة، وتقسم إلى:



تقسم الأسباب المريئية الحركية EMDالمسببة للألم الصدري غير الإكليلي المنشأ إلى



- مري كسارة البندق 48٪.
- تشنج المري المنتشر 10 ٪.
- فرط مقوية المصرة المريئية السفلية 4 ٪.
- الأكالازيا : نسبة قليلة جداً (2 ٪) و خاصة النمط النشيط .
- اضطرابات غير مصنفة 36 ٪:

إذا قمنا بإعادة الفحوص بعد فترة معينة قد تصبح قابلة للتصنيف ووصفية لنوع ما.

اضطرابات حركية المري الثانوية

الأمراض التي تحدثنا عنها من البداية تشمل العضلية الملساء .

لكن توجد أدواء تصيب العضليات المخططة وبالتالي سوف تحدث اضطراباً في حركية المري ايضاً.

تنجم الاضطرابات الثانوية عن أدواء منها **داخل المري ومنها خارج المري :**

1- **داء شاغاز :** الذي يشبه الأكالازيا نمط 1(المثقبيات الكروزية تخرب ضفيرة أورباخ وبالتالي أحدث الأذية داخل المري وعلى أثرها سيتوسع)

2- أمراض غدية : خارج المري

- قصور الدرق (الوذمة المخاطية) : ويتظاهر بعسرة بلع بسبب ارتشاح أعصاب المري بالمادة المخاطية .
- الداء السكري :وفيه يحدث:
  - **عسرة بلع** : بسبب اعتلال الأعصاب الحشوية المعصبة للمري الذي يشاهد بمراحل متقدمة من الداء السكري نمط I ← و لا يظهر التنظير شيئاً في هذه الحالة .
  - **ألم صدري خناقي** : يحدث اضطرابات في حركة المري في سياق الداء السكري تشابه ما يشاهد في تشنج المري المنتشر DES.

إذاً : مرضى السكري الذين يأتون **بخناق مريئي** يكون سببه اعتلال الأعصاب السكري الذي أدى لاضطرابات في حركية المري، غالباً يختلط الأمر عندهم فيُظن أنه ألم صدري ناتج عن تصلب الشرايين الإكليلية(الأشيع بالسكري)، وعند إجراء اختبار الجهد والتخطيط يكون طبيعياً وبالتالي الحالة غير قلبية ☺.

3- إصابات عصبية تؤذي وظيفة المري العلوي :يحدث اضطراب للتعصيب داخل الجداري للمري في:

√ التهاب النخاع الأمامي الحاد . √ احتشاء جذع الدماغ (قد تؤدي لانعدام بلع).

√ التصلب اللويحي .

4-أمراض عضلات القسم العلوي للمري (المخططة):

وتسبب عسرة بلع يشارك فيها اضطراب وظيفة البلعوم ،وهي:

√ التهاب العضلات **Myositis** √ إلتهاب العضلات والجلد.

√ الوهن العضلي الوخيم **Myasthenia**.

5- أمراض جهازية:تتناول عضلية وحركية المري:

√ أمراض الغراء : وعلى رأسها تصلب الجلد أو تصلب الأدمة Scleroderma.

√ الأميلوئيد أو **الداء النشواني** Amyloidosis : بسبب ارتشاح الطبقة العضلية أو الأعصاب بالمادة النشوانية ← اضطراب بحركية المري من نمط الأكالازيا أو صلابة الجلد Scleroderma .

6- بعض الانسمامات والعلاجات :

√ الانسمام الكحولي. √ مضادات اضطراب النظم القلبي.

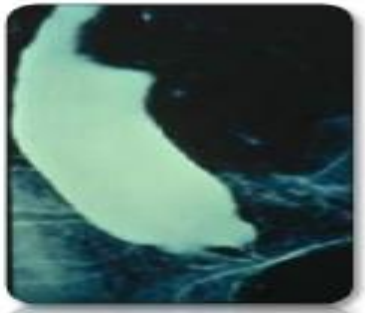
√ مضادات المستقبلاتH2 (مضادات الحموضة) √ مضادات الكولين

√ أدوية داء باركنسون .

7- التهابات المري :

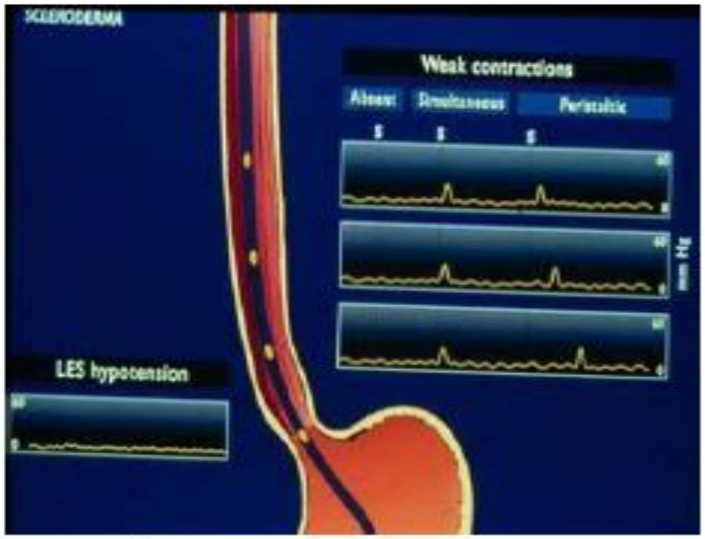
√ القلس المعدي المريئي . √ التهابات المري الفيروسية أو الطفيلية .

ماهو داء صلابة الجلدScleroderma ؟و ما نمط اضطراب حركية المري فيه؟



هو مرض جهازي (أحد أمراض الغراء) يصيب **النسج الضامة**، يحدث فيه **ضمور وتليف بالألياف العضلية الملساء** (الثلث السفلي للمري) ، حيث تستبدل عضلاته الملس تدريجياً بنسيج ليفي فاقد للوظيفة التقلصية، **وتصبح مصرة المري السفلية صلبة وقاصرة منفتحة**← اختلاطها :تؤهب لالتهاب مري جزري .

- تبلغ نسبة إصابة المري 50 – 80 % من حالات صلابة الجلد.
- تترافق بأعراض مفصلية وجهازية.



قياس الضغوط :

- التقلصات الحوية طبيعية بالثلث العلوي للمري .
- التقلصات الحوية غائبة أو ضعيفة بالثلث السفلي للمري .
- مقوية المصرة السفلية للمري **ناقصة أو غائبة** (المصرة مفتوحة وهذا ما يميزها عن الأكالازيا).

لا يوجد لهذا الداء علاج شافي ☹ ، وإنما عرضي للجزر المعدي المريئي بإعطاء مضادات الحموضة

أورام المري Esophageal Tumors

كما كل الأورام تقسم إلى :

- أورام سليمة Benign tumors.
- أورام خبيثة Malignant tumors.

لنفصل في كلٍ منها ..

الأورام السليمة بالمري

- **نادرة الحدوث** ، و تمثل أقل من 0.6 % من أورام المري عموماً
- تتوضع أو تنشأ من كل طبقات المري ، غالباً ما تكون تحت الجدار على حساب الطبقات تحت البشروية- تحت المخاطية ونادراً على حساب المخاطية.
- حوالي 50 % منها تنشأ على حساب النسيج الضام .
- **لا عرضية** تكشف صدفة (أثناء التنظير لسبب آخر).
- بحال حدوث أعراض (بسبب حجم الورم) تكون : عسرة بلع، ألم صدري، سعال ، زلة تنفسية .

تقسم أورام المري السليمة إلى نوعين :

- أورام على حساب البشرة (المخاطية).
- أورام على حساب النسج الضامة تحت البشرة .

الأورام السليمة التي تنشأ على حساب المخاطية (البشرة) :

كما قلنا تكون **لا عرضية** و تكشف صدفة أثناء التنظير الهضمي لسبب آخر ويتوجب دائماً استئصالها ودراستها نسيجياً وهي :



أ- الأورام الحليمية Papilloma:

- تنشأ على حساب البشرة، وتكون وحيدة غالباً ، يسببها فيروس الحليموم البشري HPV في 50% من الحالات ، وهي آفة مؤهبة للسرطان.
- لا عرضية و تكشف صدفة .

ب- الأورام الغدية Adenoma :

- تنشأ على بشرة غدية فقط (**دوما** على حساب مري باريت)، فلا تنشأ على مخاطية رصفية مطبقة أبداً .

في بعض الحالات النادرة جداً تنشأ الأورام الغدية على حساب مخاطية اسطوانية معدية هاجرة بأعلى المري.

يكون العلاج لكلا النوعين هو الاستئصال الكامل عند التشخيص كونها مؤهبة للسرطان.

الأورام السليمة التي تنشأ على حساب النسيج الضام:

1. الورم العضلي السليم Leomyoma :



- أكثر أورام تحت المخاطية حدوثاً، و يشكل 50 % من الأورام السليمة.
- يصيب **الرجال أكثر من النساء** .
- أكثر ما يتوضع **بالثلثين السفليين للمري** (العضلية الملساء) .
- بشكل نادر جداً يمكن أن يشاهد في الثلث العلوي في الطبقة العضلية المخاطية(عضلية ملساء) التي تفصل بين الطبقتين المخاطية وتحت المخاطية.
- **مختلف الحجم** ، الصغير منها لا عرضي ، الكبير الحجم ← يسبب عسرة بلع ، ضيق نفس ، سعال.
- تكون المخاطية الساترة لها عادة سليمة و إذا تقرحت يحدث نزف .

- **التشخيص:**
  - صورة المري الظليلة.
  - التنظير الهضمي.
  - الإيكو الباطني :هو **الاختبار المثالي** حيث تبدو آفة ناقصة الصدى متجانسة على حساب العضلية أو العضلية المخاطية).
  - حجم الورم : يوجهنا نحو السلامة و الخباثة :
    - أقل من 3سم : يوجه نحو السلامة .
    - أكثر من 3 سم : يوجه نحو الخباثة .

- **العلاج:**

جراحي (استئصال) في حال كان الورم عرضياً ، أو أكبر من **3** سم (اشتباه بخباثة) .

2. أورام الطرق السليمة الأخرى :

- ♥ الورم الليفي العصبي Neurofibroma
- ♥ ورم شحمي Lipoma .
- ♥ آفات كيسية (تقلد الأورام) .
- ♥ ورم وعائي Hemangioma .
- ☠ ورم الخلايا المحببة Abrikossof- Granular cells.

سنتوقف عند موضوع يعتبر وسطاً بين الأورام السليمة والخبيثة وهو

GIST (Gastro – Intestinal Stromal Tumors)

- أورام اللحمة في الأنبوب الهضمي تقسم إلى زمرتين :
  - ✓ تلك التي تظهر على حساب النسج الرخوة في جميع أنحاء الجسم مثل الليبوما Lipoma (الورم الشحمي) ، والشوانوما.
  - ✓ أورام اللحمة (على خلايا من نوع متوسطي) التي تظهر على حساب العضلات الملساء للأنبوب الهضمي وهي ال GISTs :
- تنشأ **بالدرجة الأولى** على حساب الألياف العضلية الملساء (GIST).
- ويمكن أن تنشأ على حساب الغمد العصبي لذا دعيت (gastrointestinal autonomic nerve tumors-GANTs)

تعريف الـ GIST

- هي ساركوما تنشأ على حساب خلايا كاجال في جدار الأنبوب الهضمي .
- تشكل (0,1-3) % من كل سرطانات جهاز الهضم (نسبتها قليلة جداً)، و 5% من مجمل سرطانات اللحمة .
- (10-30)% منها تكون عالية الخباثة ، لكن جميعها كامنة الخباثة .
- جميعها تحمل المورثة المعبرة عن الورم (المورثة c-KIT والمورثة PDGFRA) .
- هي أولى الأورام التي استفيد من تقنية (إصابة الخلية الهدف) في معالجتها كيميائياً.
- يتوضع معظمها في المعدة و الجزء القريب من الأمعاء الدقيقة ، و من الممكن أن تلاحظ في أي مكان من أنبوب الهضم الحاوي على عضلات ملس ، وتوجد أحياناً في المساريقا و البرتوان والثرب.
- وإذا وضحنا نسب تقريبية لأماكن توضع الورم ستكون النتيجة كما يلي :

√المري 5% √المعدة 54%

√الأمعاء الدقيقة 47% √المستقيم 6%

√ خلف البرتوان 7%

❖ لابد من اعتبار المعايير التالية عند الشبهة بسلوك ذلك الاورام مستقبلاً :

1- حجم الورم size : أكبر من 3 سم احتمال التحول لسرطان أعلى .

2- عدد حالات النخر ضمن الورم necrosis .

3- معدل الانقسام mitotic rate.

ملاحظة على معيار حجم الورم: هذا لا يعني أن الأورام ذات قطر1 أو2 سم ممكن أن تكون سليمة أو لا تتحول لخباثة خصوصاً إذا كان مشعرها الانقسامي مرتفعاً جداً..

العلاج :

Imatinib mesylate(gleevac) مثبط لخميرة التيروزين كيناز الذي يتدخل في استقلاب الخلية الخبيثة، يعطى فموياً،و أثبت نجاعته في مواجهة gist في دراسات حديثة.

أورام المري الخبيثة

* **هي الأكثر شيوعاً**، إذ يشكل سرطان المري 15% من السرطانات الهضمية وتقدر إصابة **الرجال أكثر بـ15 مرة من النساء** ، عموماً تزداد نسبة **الإصابة** بتقدم العمر (خاصة فوق 40 سنة) .
* يتشارك سرطان المري مع سرطان الطرق التنفسية العلوية (لتماثل البشرة بينهما) بشكل متوافق Synchronic او بشكل متلاحق Metachronic ← **لذا لابد** من مراقبة مزدوجة هضمية و تنفسية(أنف، اذن ،حنجرة) بحال وجود ورم بإحداهما

أهم الأنواع والتصنيف :

- ✓ سرطان على حساب الخلايا الرصفية (سرطانة شائكة الخلايا)
  Squamous Cell Carcinoma : SCC .
- ✓ سرطان غدي Adenocarcinoma (Adeno Ca) :على حساب مري باريت.

➢ **تصنف بحسب نسب انتشارها:**

- ✓ SCC نسبته 60 – 70 % من الحالات .
- ✓ Adeno Ca نسبته 30 – 40 % من الحالات .

في العشرين العام الماضي لوحظ زيادة الAdeno Ca، وتناقص الـ SCC حتى أصبحت النسبة متقاربة 50%

ينشأ في أي مكان بالمري ولكنه تزداد نسبة الحدوث بالاتجاه السفلي للمري :
في الثلثين العلويين يشيع sccوفي الثلث السفلي للمري تكون النسبة 20% SCC , 80% ADENO CA

الأسباب المؤهبة :

للسرطان شائك الخلايا SCC :

- **الكحولية ، التبغ .**
- **اضطرابات غذائية:**
  - ✓عوز غذائي بروتيني.
  - ✓عوز الفيتامينات Vit A,C,D,E.
  - ✓ تناول اطعمة او اشربة شديدة الحرارة .
  - ✓ عوز الريبوفلافين.
  - ✓إستهلاك كبير للزبدة ، قليل من الخضار .
  - ✓ سوء حالة الأسنان.
- **عوامل إنتانية :**
  - ✓ فيروسات : مثل HPV .
  - ✓ فطور مثل الرشاشيات Aspergillus والفطر المغزلي Fusarium[8]
  - ✓ عسرة البلع بعوز الحديد (Plumer Vinson Syndrome) (الرف المريئي)
  - ✓ الأكالازيا .
  - ✓ التهاب المري الشعاعي والتهاب المري بالكاويات .
- **آفات ليس لها علاقة ظاهرياً بالمري :**
  - ✓ كالداء الزلاقي (و هو تحسس معوي للغلوتين).
  - ✓ فرط التقرن الراحي الأخمصي (داء تايلور) : يحدث سرطان مري بنسبة 100% بعد عمر 60 – 65 سنة في هذا الداء، و السبب غير معروف .

سرطان غدي Adino Carcinoma :

- يؤهب **مري باريت** (القلس المعدي المريئي) لحدوث السرطانة الغدية بنسبة10% .

- في حالات نادرة (نسبة حدوثها 3%) **قد** تتشكل سرطانة على حساب جزيرات هاجرة معدية مخاطيتها أسطوانية، ضمن جسم المري أو أعلى المري و تسمى عند ذلك **بالسرطانة البدئية** . (تبقى غير مثبتة علمياً).

ملاحظة: حدث قلس معدي مريئي ← أدى لالتهاب مري جزري←سرطانة غدية >>
المعادلة السابقة خاطئة ما دام مري باريت غير موجود فيها ..

المظهر العياني :

يتظاهر بثلاثة أشكال :

- ✓ **ارتشاحي** : آفة ترتشح في الجدار و تعطيه قساوة .
- ✓ **منبرعم** : آفة متبرعمة ضمن اللمعة (وغالباً متقرح).
- ✓ **متقرح** : مظهر تقرح منقلب الحواف للخارج ، تسمى بالتنظير منظر صيوان الأذن.

تشمل الآفة جزء أو كامل محيط اللمعة ، وتمتد على ارتفاع مختلف

انتقالات المري :

- **الانتقالات القريبة** : باكرة . بالطبقة تحت المخاطية،بالاتجاهين العلوي والسفلي، وقد يكون قافز :
  - ورم في الثلث العلوي ← 30 % انتشار للعقد الزلاقية .
  - ورم في الثلث السفلي ← 10 % انتشار للعقد الرقبية .
- بسبب عدم وجود مصلية بالمري ← يحدث ارتشاح وانتقال الورم لنسج المنصف بحسب موقع الورم (درق، رغامى ، قصبات ، غشاء الجنب، العصبين الراجعين، التامور، الأوعية الكبيرة كالأبهر، الحجاب الحاجز).
- تكون المخاطية سليمة تماماً فوق منطقة الانتقال.
- الانتقال بالطريق اللمفاوي هو الذي يحدث **بالدرجة الأولى.**
- **الانتقالات البعيدة** :

الانتشار بالطريق الدموي **غالباً متأخر** : للكبد ، الرئتين ، العظام ، الكلية ، الكظرين، الدماغ .

الأعراض :

- ✓ **عسرة البلع** (للجوامد مترقية تدريجياً لتصبح للسوائل أيضاً).
- ✓ **الألم الصدري** (بين اللوحين، خلف القص، شرسوفي، بالعنق ، بالأذن).
- ✓ **أعراض ناجمة عن ارتشاح الأعصاب:**
  - ☜ **بحة صوت** (ارتشاح العصب الحنجري الراجع الأيسر).
  - ☜ **متلازمة هورنر** (ارتشاح الودي الرقبي).
- ✓ **سعال أثناء البلع** (ناسور، شلل حنجري راجع أيسر).
- ✓ **زلة تنفسية** (ضغط الرغامى بكتلة الورم المريئي).
- ✓ **ارتشاح نأمور ورمي** ← اضطراب نظم قلب.
- ✓ **متلازمة انضغاط أجوف علوي** (وذمة وزرقة بالوجه والطرفين العلويين).
- ✓ **جشاءات، قواق، نزف هضمي ، نحول و دنف ميكر** (خلافاً للأكالازيا).
- ✓ أعراض **الانتقالات البعيدة** للكبد مثلاً .
- ✓ إضافة: **الإلعاب الشديد** و سببه تراكم اللعاب في الفم نتيجة عدم مروره بحركات البلع وليس نتيجة زيادة إفرازه كما يعزوها المريض.

الفحص السريري :

- ❖ فقير بالمعلومات عموماً :
- ✓ يفيد بتقييم حالة الكبد (انتقالات).
- ✓ جس عقد لمفية رقبية (انتقالات).
- ✓ جس عقد فوق الترقوة اليسرى .

الفحوص المتممة :

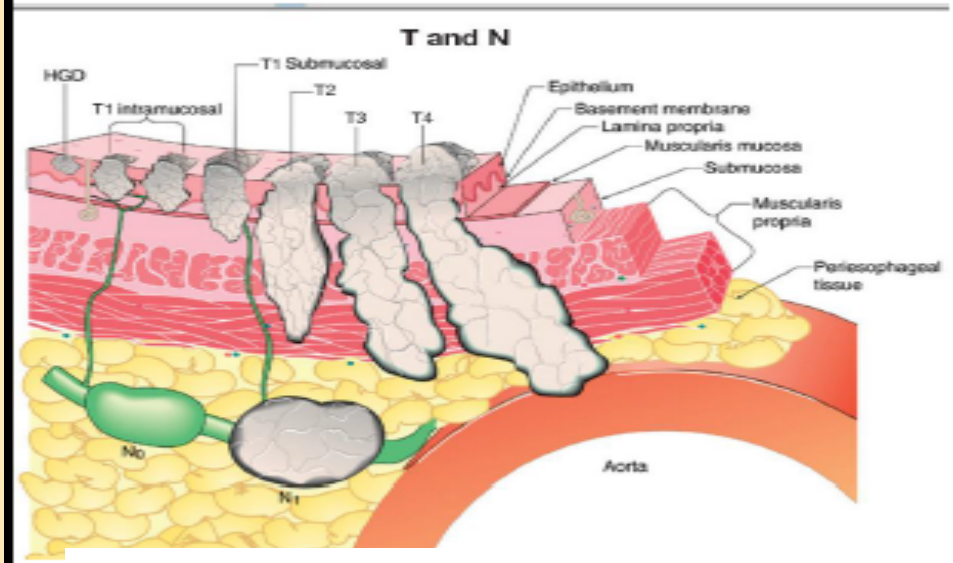
- ✓ **التنظير الهضمي العلوي** مع أخذ خزعات لتأكيد التشخيص.
- ✓ **التصوير الظليل للمري** : يظهر مكان الورم و شكله .
- ✓ **الايكو الباطن EUS**: يظهر مكان الآفة و مدى ارتشاحها ضمن المري، و يبين فيما إذا كان هناك اكتناف للأعضاء المجاورة ، و يحدد المرحلة الورمية staging ، و كذلك يظهر وجود إصابة بالعقد اللمفاوية .

- ✓ **تصوير طبقي محوري للصدر** M-S CT Scan **مع الحقن** : لتحري الانتقالات للرئتين .

اجراءات تحديد الإنتشار الورمي و متابعة المريض :

- ✓ **صورة صدر بسيطة**(قبل استخدامها لاستعاضتنا بالطبقي المحوري).
- ✓ **تصوير طبقي محوري M-S CT Scan** لكشف الانتقالات الرئوية.
- ✓ **تنظير حنجرة وقصبات** : لرؤية الارتشاحات إلى القصبات .
- ✓ **إيكو بطن ، تصوير طبقي محوري للبطن:** لرؤية الانتقالات إلى العقد الزلاقية و الكبد .
- ✓ **ايكو باطني** لتحديد مرحلة الورم Staging ومكانه .
- ✓ **فحص من قبل طبيب أذنية** :

للتأكد من عدم وجود ورم متواقت في الطرق التنفسية العلوية



الإنذار

بالتشخيص المتأخر نسبة الحياة 5 سنوات أقل من 5 %

عندما تظهر أعراض عسرة بلع غالباً تكون الحالة متقدمة وتجاوزت مرحلة العلاج .

العلاج :

المعالجة الشافية جراحية ، لكن بمجرد وصول انتقالات إلى الجوار تصبح المعالجة ملطفة .

العلاج الجراحي (العلاج الشافي Curative) :

- **شروط المعالجة الشافية للأورام الموضعة :**
  - ✓ ألا تتجاوز الطبقة تحت المخاطية من جدار المري .
  - ✓ لا ارتشاح لأعضاء المنصف .
  - ✓ لا انتقالات عقدية .
  - ✓ لاانتقالات بعيدة .
- **استئصال المري المصاب مع هامش أمان فوقه** (10-12 سم للأدينو كارسينوما و 8-10 سم لـ SCC) + علاج شعاعي لـ SCC، يعاض عن المري المستأصل برفع المعدة أو الكولون أو قطعة أمعاء دقيقة.
- يمكن أحياناً إجراء الجراحة **بعد شوط من العلاج الشعاعي المشترك مع علاج كيماوي** (Cisplatine+5FU) يدعى هذا : Neo Adjuvant radio-chemotherapy (معالجة شعاعية كيميائية مساعدة لتخفيف حجم الورم) حيث يخفض من درجة الورم low grading مع low staging إلى طور أقل تقدماً يجعل الجراحة أكثر نجاعة.

فهو بالمحصلة يحسن من أعراض المرض لكنه لايحسن من بقيا المريض .

المعالجة الملطفة Palliative : (بالطرق التنظيرية)

- يطبق العلاج الملطف لسرطان المري غير القابل للعلاج الشافي . و ذلك كي يستطيع المريض البلع في آخر أيامه .
- من أنواع العلاج الملطف :
  - ✓ توسيع تنظيري مع وضع Stent.
  - ✓ توسيع بال LASER .
  - ✓ استخدام APC = Argon - plasma - coagulation لتوسيع المري .
  - ✓ استخدام التخثير بال BICAP .
  - ✓ تفميم معدة تنظيري أو جراحي.

الأورام الخبيثة الأخرى بالمري

- نادرة جداً
- أنواعها :
  - ✓ الورم القتاميني المريئي **Malignant Melanoma**(بدئي بالمري أو انتقالي للمري) ←انتشاراته وانتقالاته مبكرة ← سيء الإنذار جداً (موت خلال 3- 4 أشهر).
  - ✓ ساركوما المري .
    - **Leomyosarcoma.**
    - **(GIST).**
    - **Fibrosarcoma.**
  - ✓ الأورام الانتقالية للمري خاصة الميلانوما و سرطان الثدي.