

## دیلاتاسیون حلقه تحتانی مری

ترجمه و تنظیم از: دکتر جواد میکائیلی\*

استیک را نیز به آن اطلاق کرده‌اند (The steakhouse Syndrome). بیمار معمولاً گیرکردگی مواد غذایی (food impaction) پیدا می‌کند و اغلب با عجله از سر میز غذاخوری برمی‌خیزد و بعد از برگرداندن لقمه غذایی گیرکرده برای ادامه غذا خوردن به سر جای خود برمی‌گردد.

بیماران مبتلا به تنگی‌های ثابت و واقعی نحوه غذا خوردن خود را تنظیم می‌کنند و لقمه‌های کوچک برداشته، آهسته‌تر می‌خورند و غذا را بیشتر می‌جویند تا از گیرکردن آن در بالای تنگی جلوگیری کنند.

علائمی مانند دیسفاژی به مایعات، اودینوفاجی، خون‌ریزی، کاهش وزن یا وجود لنفادنوپاتی در معاینه فیزیکی برعلیه تشخیص حلقه تحتانی مری است و باید تشخیص‌های دیگر را در نظر گرفت.

بررسی بیماری که مشکوک به حلقه تحتانی مری است مثل بقیه بیمارانی است که با دیسفاژی مراجعه می‌کنند.

بهرتر است در همه بیمارانی که با دیسفاژی مراجعه می‌کنند ابتدا بررسی مری با باریوم (Barium Swallow) انجام شود و سپس از وفاگواستروئنونوسکوپي به عمل آید. بررسی با بلع باریوم مزیت‌هایی بر انجام اندوسکپی به عنوان شیوه آغازین بررسی دارد. بلع باریوم امکان بررسی حرکات مری را (ولو به طور ناقص) فراهم می‌آورد و می‌توان بیمار را با بلع مواد جامد با اندازه‌های مشخص بررسی کرد. همچنین اندوسکوپيست با مشاهده وضعیت تنگی در موقع اندوسکوپي بیشتر به آن توجه می‌کند. اگر مطالعه مری با باریوم تنگی عارضه‌داری را نشان

ریچارد شاتسکی اولین کسی بود که در سال ۱۹۵۳ بر اهمیت حلقه تحتانی مری (Lower esophageal ring) تأکید کرد، اگر چه قبل از او نیز این مسئله را شرح داده بودند. در حال حاضر ما می‌دانیم که این ضایعه، نسبتاً شایع و مسئول ۴ تا ۱۰ درصد از تنگی‌های مری است. این حلقه وقتی قطر مجرای مری را از ۱۳ میلی‌متر تنگتر می‌کند تقریباً همیشه باعث ایجاد دیسفاژی می‌شود، اما گاهی با تنگی‌های خفیف‌تر نیز دیسفاژی دیده می‌شود. بیشتر نوشته‌های نخستین آمده در لیتراتور مربوط به تشخیص رادیوگرافیک و درمان جراحی این ضایعه است. امروزه تشخیص این ضایعه اغلب با روش اندوسکوپي صورت می‌گیرد و درمان آن دیلاتاسیون یا متسع کردن (bougiennage) مری است.

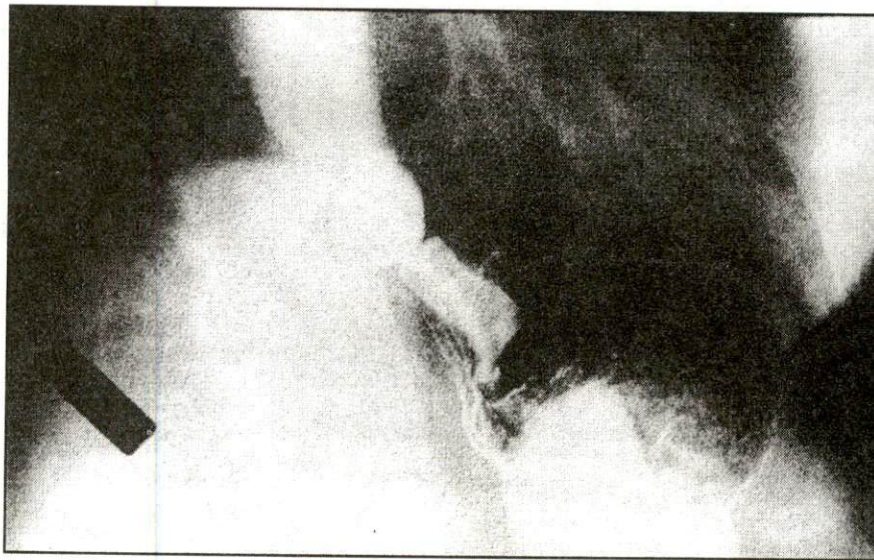
دست‌آوردهای اندکی مربوط به سبب‌شناسی (اتیولوژی) حلقه تحتانی مری وجود دارد. ریفلاکس معدی - مری در این بیماران نسبتاً شایع بوده، اما نقش آن به عنوان عامل احتمالی این عارضه هنوز کاملاً مشخص نشده است. این ضایعه مادرزادی نیست و به ندرت در بچگی (Childhood) دیده می‌شود.

حلقه تحتانی مری طیفی از یافته‌ها را از غشاء ظریف فیبری در قسمت تحتانی مری که ممکن است با عنوان مناسب‌تر پرده تحتانی مری (Lower esophageal Web) گفته شود تا ضایعه حلقه مانند حقیقی که در شکل یک نشان داده شده است، در بر می‌گیرد. این حلقه تقریباً همیشه در بالای فتق هیاتال و در سطح تلاقی

مخاط معده و مری ایجاد می‌شود. تنگی‌ها (Strictures) معمولاً طول بیشتری از حلقه‌ها دارند اما ممکن است این دو با هم اشتباه شوند. شواهد اندوسکوپیک از وفاژیت ممکن است هم با حلقه تحتانی مری و هم با تنگی‌های ناشی از ریفلاکس دیده شود.

بیماران مبتلا به حلقه تحتانی مری معمولاً از گیر کردن متناوب جامدات شکایت دارند اما نسبت به مایعات دیسفاژی ندارند. شرح حال کلاسیک شامل بیماری است که بدون علامت است یا سابقه دیسفاژی جزئی دارد و هنگامی که بیرون از منزل غذایی مانند استیک می‌خورد یک مرتبه علائم بیماری شروع می‌شود، بنابراین سندرم خانه (رستوران)

شکل یک: نمای رادیوگرافیک حلقه تحتانی مری که بالای فتق هیاتال قرار گرفته است.



دیلاتاسیون مری به کار می‌بریم در جدول شماره یک آورده شده است. روش درمانی حلقه تحتانی مری با درمان تنگی‌های دیگر مری متفاوت است و در این مورد دیلاتاسیون تدریجی به جز در مواردی که قطر مجرای مری خیلی کم است ضروری نیست و باید از گشادکننده‌های (دیلاتاتورهای) Maloney با قطر بزرگ (مثل 50 F) استفاده شود. دیلاتاسیون مری با دیلاتاتورهای Maloney باید در وضعیت نشسته برای بیمار انجام شود. این کار را می‌توان در اتاق اندوسکوپی در بیماری که داروهای آرام‌بخش دریافت کرده است و بعد از اندوسکوپی روی تختی که قسمت سر آن قابل تنظیم است و بالا می‌آید و دارای نرده‌های کناری است انجام داد (شکل ۳) دیلاتاتور باید از قسمت وسط دهان و حلق بیمار عبور داده شود. اندوسکوپیست باید انگشتان خود را خارج از دهان بیمار نگه دارد، این مسئله به ناراحتی بیمار اضافه کرده و اندوسکوپیست را در معرض خطر گاز گرفتن قرار می‌دهد و فایده‌بخوایی ندارد. بعضی مؤلفین استفاده از فلئوروسکوپی را برای اطمینان از عبور دیلاتاتور از مری پیشنهاد می‌کنند. احتمال پیچ‌خوردن یا خم شدن دیلاتاتور موقعی که بیمار به پشت یا پهلو خوابیده باشد وجود دارد، (شکل ۴) اما این مسئله در بیمارانی که در حالت نشسته هستند به ندرت پیش می‌آید و فلئوروسکوپی در این وضعیت غیرضروری است.

در بیمارانی مبتلا به تنگی‌های سفت (tight) یا پیچ و خم‌دار (tortuous) دیلاتاسیون باید با کمک سیم راهنما و تحت فلئوروسکوپی

شکل ۳: دیلاتاسیون مالونی در بیمار پس از تزریق آرام‌بخش و در حالت نشسته



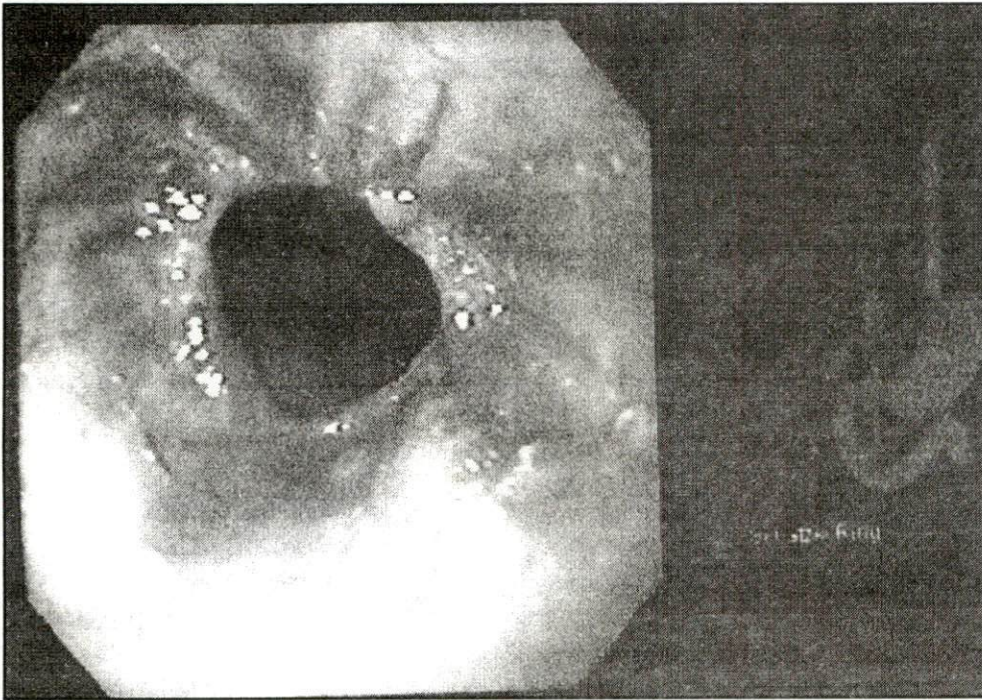
دهد، فلئوروسکوپی، سیم‌های راهنما (guidewires) و وسایل دیگر باید زمان اندوسکوپی در دسترس باشد. اگر قرص‌های باریمی ۱۲/۵ میلیمتری استفاده شود اغلب بیماران علامت‌دار تأخیر در عبور قرص باریمی را نشان می‌دهند. این قرص‌ها بعد از گیرافتادن در عرض چند

دقیقه حل می‌شوند و بدون ایجاد مسأله‌ای به داخل معده عبور خواهند کرد. برخی از رادیولوژیست‌ها نوعی خمیر آغشته به باریم (barium-coated marshmallow) را ترجیح می‌دهند اما اصول کار یکسان است.

در موقع اندوسکوپی حلقه معمولاً بالای فتق هیاتال دیده می‌شود (شکل ۲) اندوسکوپیست باید وجود هر نوع ازوفازیت همراه را یادداشت کند. ارزش وجود همزمان ازوفازیت اندوسکوپی یا مری بارت (Barrett's Esophagus) مشخص نیست.

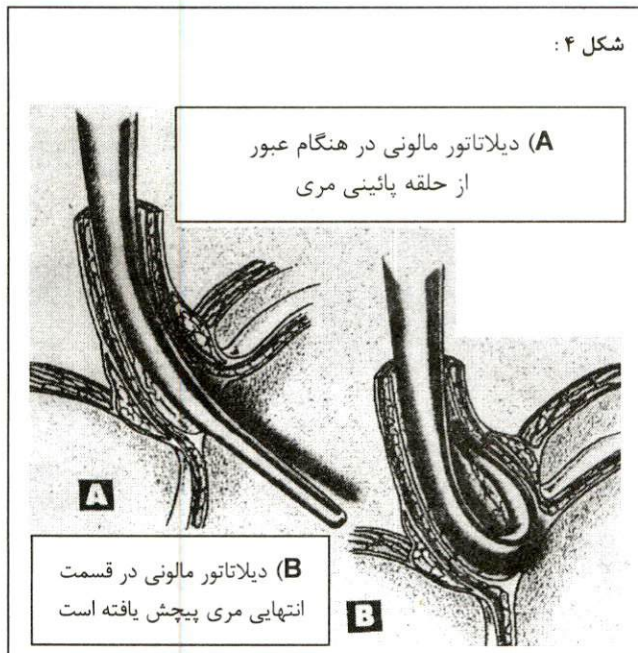
اصولی که مادر

شکل ۲: نمای اندوسکوپی حلقه تحتانی مری



انجام شود اما این کار در بیماران مبتلا به حلقه تحتانی مری معمولاً ضرورتی ندارد. بیمارانی که علائمی مانند سوزش پشت جناغ داشته یا از فوژایت اندوسکوپیت دارند باید تحت درمان قوی ضد ریفلاکس قرار گیرند. در موارد دیگر درمان دارویی ضرورتی ندارد. برای تمام بیماران باید راهنمایی‌های لازم از نظر جلوگیری از آسیب مری در اثر مصرف قرص‌ها (pill-induced esophageal injury) انجام شود. این تذکرات شامل خوردن یک لیوان آب همراه قرص و قرار گرفتن در حالت نشسته به مدت ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بعد از مصرف آن است.

موفقیت اولیه در بهبود دیسفاژی بعد از دیلاتاسیون حلقه تحتانی مری حدود ۱۰۰٪ است اما میزان عود علائم خیلی بالاست. اکثر پژوهش‌های با پیگیری دقیق بیماران نشان داده‌اند که حدود ۳۰ تا ۷۰ درصد بیماران در عرض ۱ تا ۲ سال بعد نیاز به یک نوبت دیگر دیلاتاسیون خواهند داشت. در یک پژوهش میزان موفقیت و بهبود علائم در یک سال ۶۸٪ و در ۵ سال تنها ۱۱٪ بوده است. زمانی که با موردی از حلقه تحتانی مری که علائمش نسبت به دیلاتاسیون مقاوم بوده یا سریعاً عود می‌کند مواجه می‌شویم باید احتمال انواع دیگر تنگی‌های مری را در نظر داشته باشیم. تنگی‌هایی که در اثر ریفلاکس ایجاد می‌شوند معمولاً طول بیشتری دارند (بیش از ۳ میلیمتر) و در موارد بیشتری همراه با ازوفاجیت اندوسکوپیک هستند. تنگی‌های ثانویه به ریفلاکس معمولاً نیاز به دیلاتاسیون تدریجی و پیشرونده دارند که با دیلاتاتور کوچک شروع می‌کنیم و اندازه آن را به تدریج تا ۴۸-۵۰ F افزایش می‌دهیم. درمان قوی ضد ریفلاکس نیاز به دیلاتاسیون‌های بعدی را کمتر می‌کند. تزریق داخل ضایعه‌ای ترکیبات استروئیدی در تنگی‌های مقاوم مؤثر است. (۴۰ میلی‌گرم تریامسینولون بعد از



دیلاتاسیون در محل تنگی تزریق می‌شود) اما این تزریقات به ندرت برای درمان حلقه تحتانی مری ضرورت پیدا می‌کند.

گزارش‌هایی در مورد استفاده از پاپیلوتوم (needle-knife papillotome) برای بریدن بافت فیبری که باعث ایجاد حلقه می‌شود وجود دارد. درصد موفقیت بالا و میزان عود پائین است اما عوارض این روش زیاد است و ما آن را توصیه نمی‌کنیم. استفاده از داروهای مهارکننده پمپ پروتون و استفاده از دیلاتاتورهای با سیم راهنما می‌تواند توانائی ما را در درمان حلقه تحتانی مری بیشتر کند و حلقه‌های مقاوم و عودهای مکرر را کاهش دهد.

درمان جراحی تا سال‌های دهه ۱۹۷۰ به طور شایع انجام می‌شده اما در حال حاضر به ندرت برای درمان حلقه تحتانی مری ضرورت پیدا می‌کند. اطلاعات موثقی در مورد موفقیت جراحی فوندوپلیکاسیون برای جلوگیری از ایجاد حلقه تحتانی مری وجود ندارد.

به طور خلاصه حلقه تحتانی مری از علل شایع دیسفاژی است. نحوه برخورد ما با این بیماران تشخیص این ضایعه رادیوگرافی و اندوسکوپیک است. دیلاتاسیون با بالون Maloney با قطر بزرگ عموماً مؤثر است. درمان کمکی ضد ریفلاکس در بیمارانی که علائم و نشانه‌های ریفلاکس معدی مروی را دارند ضروری است. حلقه تحتانی مری که واقعاً به درمان مقاوم باشد نادر است.

\* - استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران - بیمارستان امام خمینی

مأخذ:

J. Atrick Waring, "Dilating the Lower Esophageal Ring" Clinical Perspectives in Gastroenterology, September 1998, pp 11-13

#### جدول شماره یک

#### اصول روش درمانی دیلاتاسیون مری

- بعد از آندوسکوپ مری به اندازه ۱۰-۶ F بیشتر از قطر مجرا در محل تنگی که در آنجا مقاومت احساس می‌شود متسع می‌شود.
- دیلاتاسیون هر ۱ تا ۳ هفته تکرار می‌شود تا هدف نهائی دیلاتاسیون (۴۵ F-۴۸ F) حاصل شود. افزایش تدریجی قطر دیلاتاتور در هر نوبت انجام می‌شود.
- دیلاتاتورهای با سیم راهنما و فلوئوروسکوپ به طور معمول در کسانی که تنگی‌های سفت و پیچ و خم‌دار دارند استفاده می‌شود.
- بیمارانی که به نوبت اولیه دیلاتاسیون پاسخ نمی‌دهند تزریق داخل ضایعه استروئید دریافت می‌کنند.
- وقتی به هدف نهائی دیلاتاسیون رسیدیم، دیلاتاسیون‌های بعدی در مواقعی که نیاز باشد انجام می‌شود.
- ریفلاکس معدی مروی با درمان طبی قوی معالجه می‌شود.