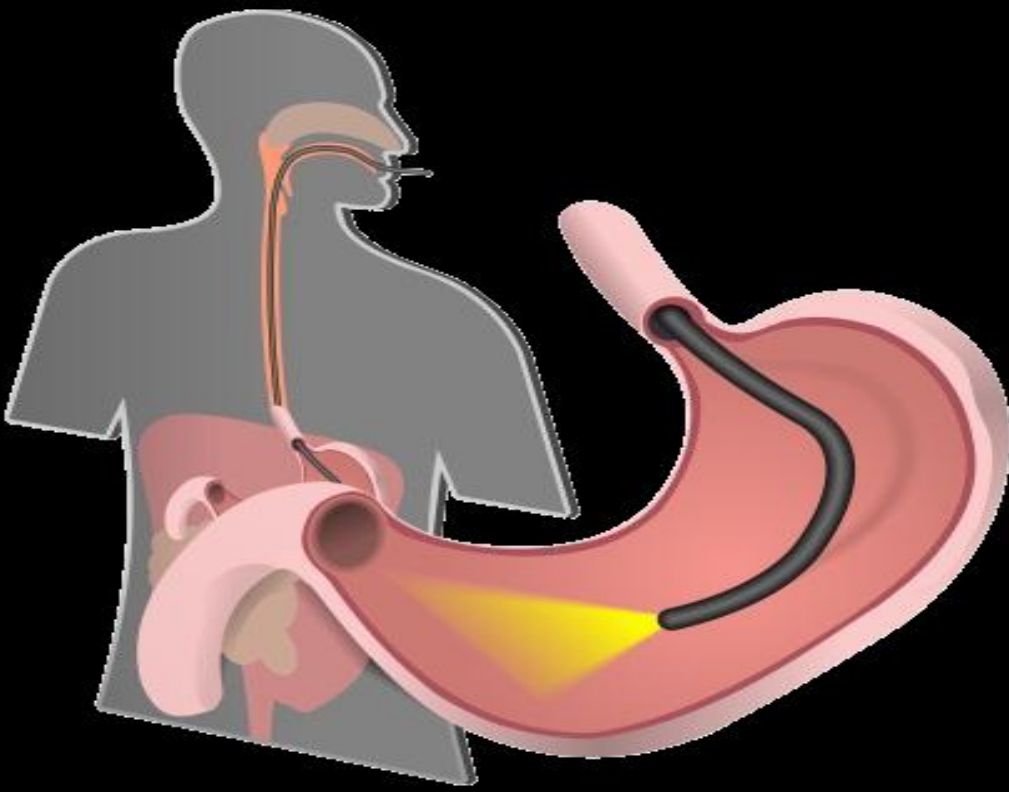


جامعة حماة-كلية الطب البشري

الدكتوراً نس محمود زكية

افات المري 3
2018



السلام عليكم زملائنا الأعزاء:
سنبدأ اليوم في الحديث عن الاضطرابات التقلصية للمري بنوعيتها البدنية 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 60 ملم ز حتى تدفعها للأسفل وهو ما يظهر لنا بشك شوكة > spike (s) عندما تتقلص معصرة البلعوم السفلية ترتخي المصرة المريئية العلوية فينخفض ضغطها من 35 الى 0 وفي الوقت ذاته عندما تنفتح المصرة المريئية العلوية تنفتح المصرة المريئية السفلية LES

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

يتم قياس تغيرات الضغط عبر جهاز **MANOMETRY** والذي يحوي ثقباً 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

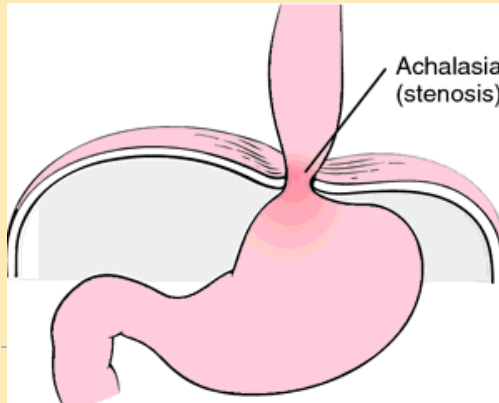
١- الاكلازيا achalasia .

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

٣- مري كسارة البندق nut cracker esophagus

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 40-60 سنة.

تتعاذل نسبة الاصابة عند الذكور والاناث.

لها عدة مسميات :

١- اللارارتخائية achalasia بسبب غياب الارتخاء المتواقت لمصرة المري السفلية مع بدء البلع ودخول اللقمة الطعامية لاعلى المري .

٢-المري العرطل مجهول السبب idiopathic mega esophagus لحدوث توسع في جسم المري

٣-تشنج الفؤاد cardiospasmنسبة لتشنج فؤاد المعدة

انماطها :

الانماط التقليدية (١)	الاكلازيا النشيطة(نمط ٢)
الانتشار	هي الاكثر مصادفة وتمثل 95% تقريبا .
الالية	قليلة المصادفة 3-5%
النتيجة	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 غير منتقلة وتحدث بصورة متواقتة بمستويات متعددة.
	توسع شديد للمري فوق المصرة السفلية المتضيقة فيكون المري واهنا مرتخيا عديم الحركة.
	جسم المري متشنج وغالبا ما يترافق ذلك بآلم 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 .

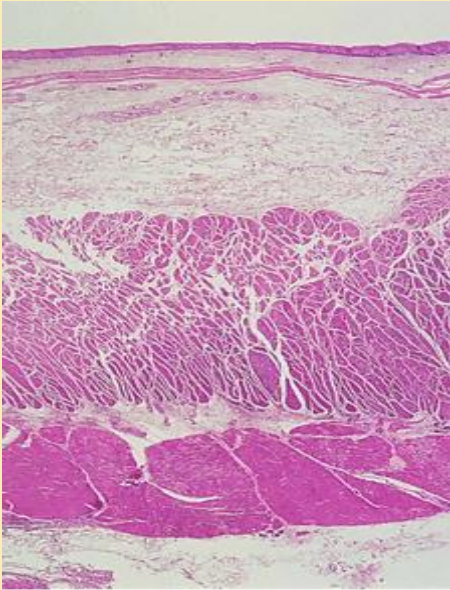
* قد تنجم عن داء شاغاش الذي يسببه طفيلي المثقيبات الكروزية ينتشر بين سكان امريكا الجنوبية ويؤدي الى التهاب العضلة القلبية وسلسلة من الاضطرابات الحركية للسبيل الهضمي والتي تسبب تخربا في ضفيرة اورباخ مما يؤدي الى اعراض مشابهة تماما للاكلازيا مجهولة السبب (ضخامة وتوسع مري ..) وهنا يكون التخرب ثانويا (معروف السبب نتيجة التطفل) لذا سنصنفه مع اضطراب حركية المري الثانوية كما سنرى لاحقا.

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

التشريح المرضي:

درجة توسع المري تتراوح بين درجة بسيطة 2.5 سم (لمعة المري السوية 2) وحتى 10 سم وهذا التباين لاينجم عن درجات مختلفة لتطور المرض بل كنتيجة لوجود نوعين مستقلين للالة (التقليدي والنشط).

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



اعراض الاكلازيا :

١- عسرة البلع : ولها صفات

بدايتها مترددة متغيرة من يوم لآخر (أي فترة من الهجوع وفترة من المعاوذة)
مع مرور الزمن تصبح عسرة البلع ثابتة (مستمرة) .

تزداد بالانفعالات النفسية والشدة وبتناول الطعام بسرعة .

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

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

يلجأ 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 مما يساعد في تقويم الزاوية بين

المرى والمعدة ويسهل عبور اللقمة الطعامية .

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

قد يكون مريض الاكلازيا متاقلا مع تلك الحركات لعدة سنوات (كل ما يبلع اللقمة بيقص ظهرة للخلف او يعمل

فالسافا والناس تفكر بان لديه عرة) .

٢- ارتداد الاطعمة بسبب توسع المرى 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 الاكلازيا النشيطة (مميزة)

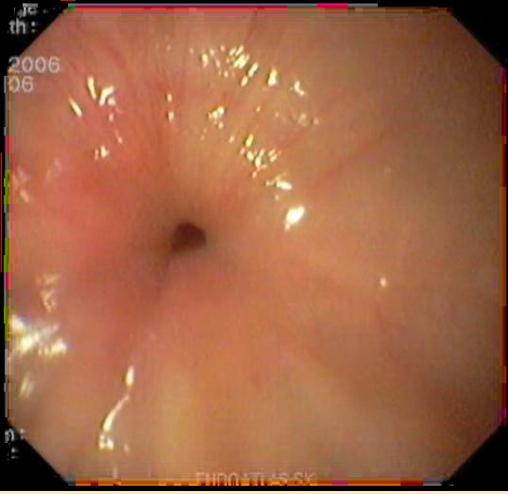
يمكن ان يحدث في بداية المرض وسببه التقلصات ذات السعة العالية المتواقتة غير المنتشرة في جسم المرى.

يحدث عادة خارج اوقات الطعام والبلع .

قد يشكو المريض من حرقه خلف القص احيانا بسبب تخمر الاطعمة بالمرى وتخريشها للمخاطية ، ويسبب ذلك التهاب

مخاطية المرى(لابسبب القلس لان المصرة السفلية مغلقة بشدة) ، والالم بالدرجة الاولى حرقه وبنسب اقل ياخذ اشكالا

مقلدة للالم القلبي او الروماتيزمي .



تشخيص الكالازيا :

****تنظير هضمي علوي :** نلاحظ فيه المري متوسع مليء بالطعمة وقد نجد التهاب المخاطية وتقرحات بسبب الركودة الطعمية (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 2.5 سم . وكذلك الرؤية الراجعة بالمنظار للمعدة تؤكد عدم وجود ورم مسبب للتضييق بقبة المعدة .

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

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

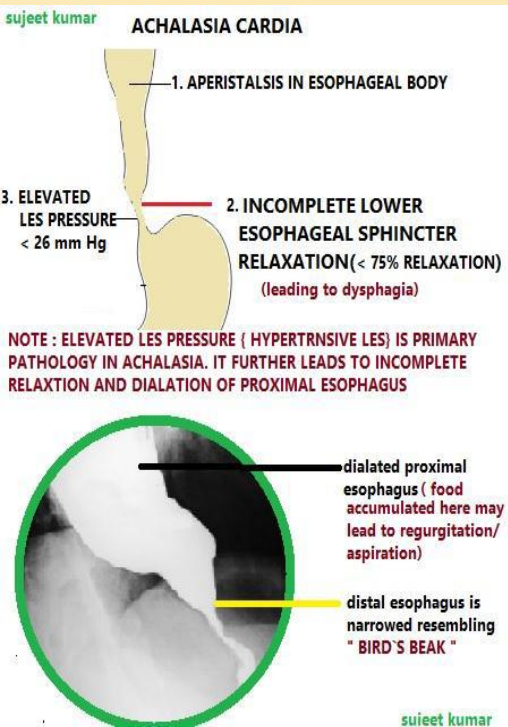
****صورة المري الظليلة :** ونلاحظ فيها :

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 بالمرى 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 المانوميترى الشخص الرئيسى للاكلازيا باظهار التبدلات الاتية :

زوال التقلصات الحوية المنتقلة في جسم المري.

غياب ارتخاء المصرى السفلى او ارتخائها غير الكامل لفعل البلع.

ارتفاع ضغط الراحة في المصرى المريئى السفلى في الاكلازيا : حيث يرتفع الضغط فوق الطبيعى أى 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 هيموغليبين في البراز او لديه نقص وزن او استمرار هذه

الاعراض اكثر من ٦ اشهر .

مضاعفات الاكلازيا :

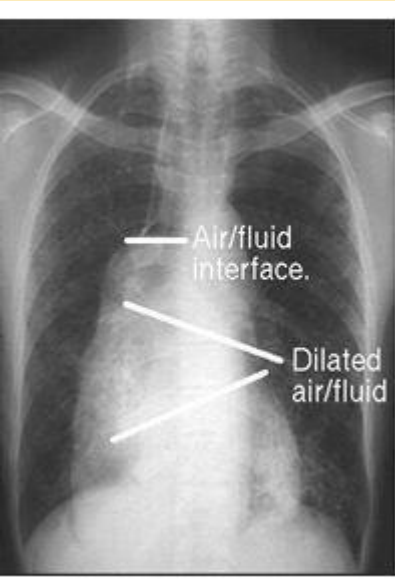
-**اختلاطات قصبية رئوية** بسبب استنشاق المواد الطعامية .

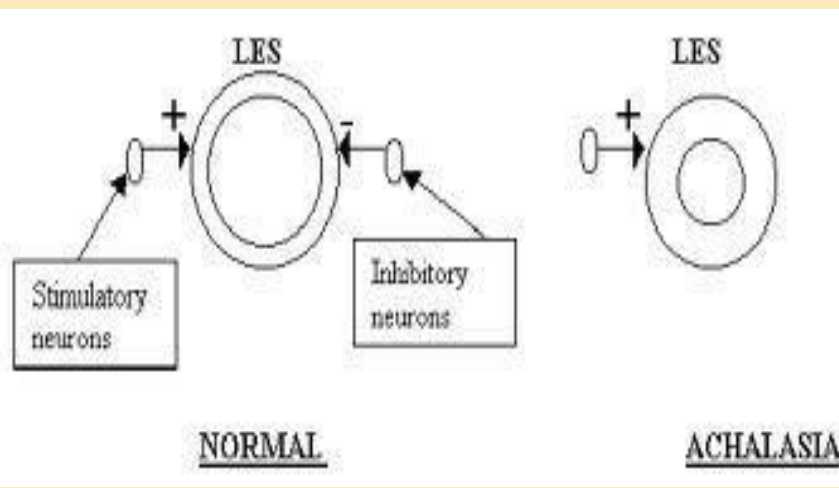
-**التهاب مري** بسبب الركودة والتي يمكن ان تسبب تقرحات ونزوف حادة او مزمنة

-**حدوث سرطان مري شائك الخلايا SCC** ونسبته 3-5% من الحالات بعد 15-20 سنة من

التشخيص، لذا لابد من اجراء تنظير هضمى دورى حتى بعد العمل الجراحى فالعلاج

الجراحى 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 NO المرخي للمصرة السفلية يزيد تأثير الاستيل كولين وتحدث الاكالازيا وكما نعلم الكالسيوم هي الشاردة الوسيطة في عملية التقلص .

وهدف المعالجة هو فتح المصرة المريئية السفلية للسماح بعبور الطعام .

المعالجة الدوائية للاكالازيا :

حاصرات قنوات الكالسيوم مثل النيفيديبين الديلتازم.والفيرباميل 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 وتوسع وعادة يجري 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 .

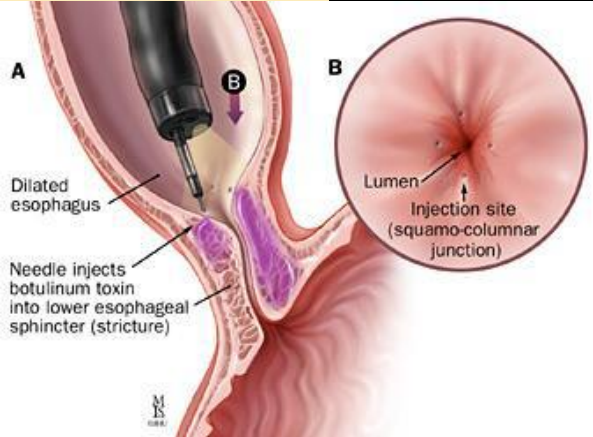
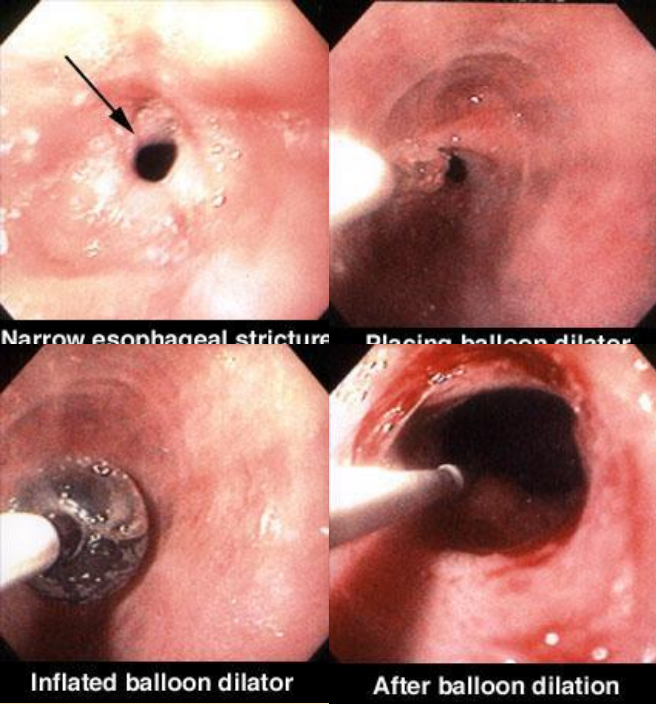
*****حقن ذيفان المطثيات الوشيكية بالمصرة السفلية من خلال التنظير مما يؤدي الى ارتخائها كيميائيا ومفعول هذه الطريقة مؤقت اقل من ٨ اشهر عادة .

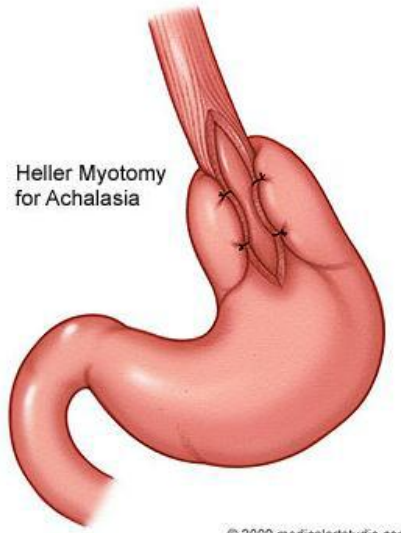
يستخدم الذيفان الوشيقي (البوتيكس) في معالجة الشقوق الشرجية ايضا .

المعالجة الجراحية :

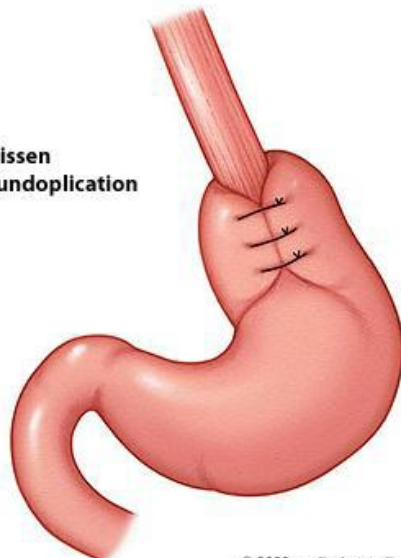
هي الحل الامثل خاصة عند الشباب

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





عملية هيلر المشتركة مع
نيسن جزئي



عملية نيسن الكاملة

ولتجنب المريض القلس مستقبلا بفعل ازدياد انفتاح المصرّة السفلية الجراحي تشترك 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 المثنى من القاع نكون قد فاقمنا المشكلة وسببنا عسرة بلع لايمكن تجاوزها .

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

الاكلازيا الكاذبة pseudoachalasia

• تعطي صورة مماثلة للأكالازيا من الناحية السريرية لكنها تكون سريعة الظهور .

• سببها غالباً ننشهوني 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، وتترافق مع نقص وزن سريع وشديد.

• 50% من مرضى الأكالازيا الكاذبة شُخص لهم **أدينوكارسينوما** في المري والمعدة.

• التشخيص : يعتمد على **النظر الهضمي العلوي** مع التأكيد على أخذ الخزعات عند الشك بوجود **الخباثات** .

• تجري الاختبارات التالية قطعاً : EUS, Multi-Slide-CTscan أيضاً MRI عند الشك بوجود **الخباثات**.

ثانياً - داء التقلص المعمم (المنتشر) في المري:

Diffuse Esophageal Spasm (DES)

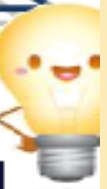
◀ يتميز بحدوث تقلصات شديدة غير طبيعية متواقتة Simultaneous، وغير منتشرة Aperistaltic في جسم المري، تماماً مثل الأكالازيا النشيطة vigourus لكن..

تكون امصرة LES طبيعية تماماً في DES حيث:

أ. ضغطها أثناء الراحة 20 ملم ز

ب. تنفتح عند البلع بشكل موقت لانفتاح UES

ما الفرق بينهما إذا ؟



1. الأعراض:

⊖ عسرة بلع متغدة من يوم لآخر للجوامد والسوائل معا.

⊖ ألم صدري (خناق مري):

✓ 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

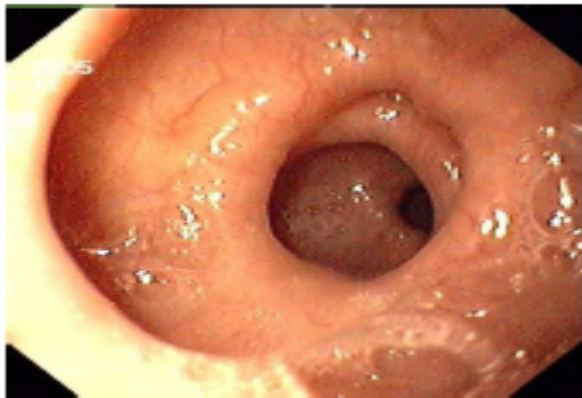


❑ **التصوير الضليل للمري (أسهل شي)** : يظهر تقلصات شديدة متواقة أسفل المري ← كمنظر المسبحة rosary bead esophagus (أو المري المفتاح corkscrew).

❑ **التنظير الهضمي** : يبدي التقلصات (ليست متالية).

❑ **قياس ضغط المري (أهم شي)** : يظهر تقلصات في جسم المري ذات سعة عالية وغير منتشرة أسفل المري ، لكن تنقطع الراحة وارتخاء المصرة السفلية للمري عند البلع طبيعياً (وهو الاختبار المتالي).

3-المعالجة:



❖ دوائية: تعطى أدوية مهدئة للعضلات الملساء مثل:

❑ مهدئات من نمط البنزوديازيبامات BZD .

❑ مشتقات النيترات .

❑ Hydralazine (Nepresol) (دواء

خافض لضغط الدم).

❑ حاصرات الكالسيوم لتخفيض سعة القلوصية

.. Nifedipine

تأثير هذه الأدوية مؤقت غالباً .

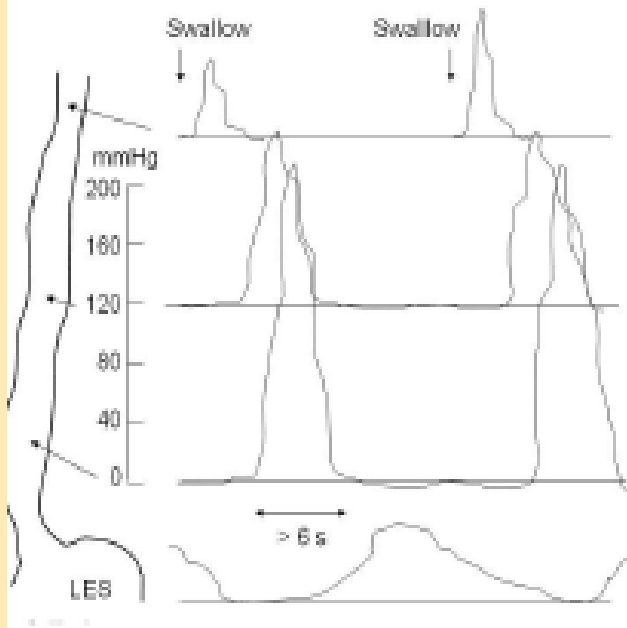
❖ نلجأ لإجراء التوسيع بالبالون عند عدم فعالية العلاج الدوائي، إلا أنه أقل فاعلية بكثير منه بالأكالازيا وعملياً لا نجده.

❖ **جراحية** : قطع العضلية خارج المخاطية (عملية هيلر المعدلة)

وهنا يجب أن يمتد الشق لارتفاع عال بالمري،

4-5-6 سم لا مجرد 2-3 سم في الخرج خارج المصرة

ثالثاً - مري كساره البندق Nutcracker Esophagus:



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

-الأعراض و التشخيص :

عسرة بلع + ألم خلف القص ، ويظهر المخطط المانومتري سعة عالية عريضة على فترة زمنية أطول و تكون التقلصات منتشرة.

السعة العالية تسبب الخناق المريئي كما ذكرنا بألية نقص التروية وعسرة بلع أيضاً.

رابعاً - أكالازيا العضلة الحلقية البلعومية أو فرط مقبونها:

❖ وتظهر عادة بعسرة بلع شديدة لاسيما عند البلع.

❖ في الحالة الطبيعية : يتواءم تقلص المعصرة البلعومية السفلية مع ارتخاء المعصرة

المريئية العلوية لتسهيل مرور اللقمة الطعامية للمري.

❖ لكن عند هؤلاء المرضى يحدث عدم تواءم بينهما **فتبقى المعصرة العلوية مفرطة**

التقلص ومغلقة بالتالي يرتفع الضغط في القسم السفلي من البلعوم مع بقاء المعصرة السفلية سليمة (فالسبب ليس لقمة Hys ولا قلة إفراز المسنيه للعاب كما يشاع).

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

③ **طريق كاذب للطعام** : يسبب تقلص معصرة البلعوم السفلية وعدم ارتخاء المعصرة

المريئية العلوية مع مرور الزمن انفتاحاً للمخاطية وبالتالي تاهب لحدوث **رتج زنكر** .

③ **الشردقة** : دخول الطعام للرغامى والقصبات .

- التشخيص والمعالجة :

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

🔔 قياس ضغط المري : يبين ارتفاع الضغط في المصرة العلوية .

🔔 يكون العلاج **جراحياً** بخزع المصرة المريئية العلوية.

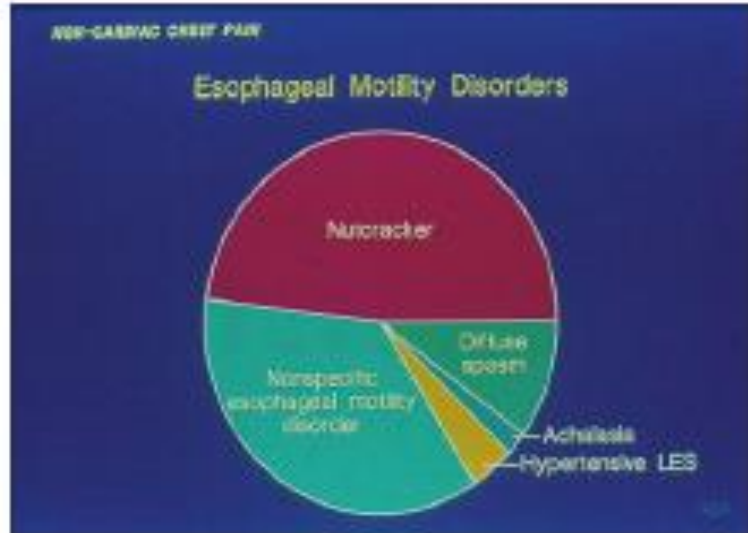
الألم الصدري Chest pain

يقسم الألم الصدري إلى :

- 70% ألم قلبي خنقي إكليلي المنشأ : بسبب تشوه تشريحي في الشرايين الاكليلية (تكشفها 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:



نقسم الأسباب المريئية الحركية EMD اطمسبية للألم الصدري غير الإكليلي اطنشا 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 الحضلية الملساء .
لكن توجد أدواء تصيب العضليات المخططة وبالتالي سوف تحدث اضطراباً في حركية المري أيضاً.
تنجم الاضطرابات الثانوية عن أدواء منها داخل المري ومنها خارج المري :

1- داء شاغار : 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 المعصية للمري الذي يشاهد بمراحل متقدمة من الداء السكري نمط 1 ← ولا يظهر التنظير شيئاً في هذه الحالة .
- ألم صدري خنقي : يحدث اضطرابات في حركة المري في سياق الداء السكري تشابه ما يشاهد في تشنج المري المنتشر DES.

إذاً : مرضى السكري الذين يأتون بخنق 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 لؤذي وظيفية امري العلوي : يحدث اضطراب للنعصيب 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 وظيفية البلعوم ،وهي:
✓ التهاب العضلات **Myositis** ✓ التهاب العضلات والجلد .
✓ الوهن العضلي الوخيم **Myasthenia** .

5- أمراض جهازية: لتناول عضلية وحركية امري:

✓ أمراض الغراء : وعلى رأسها تصلب الجلد أو تصلب الأدمة **Scleroderma** .
✓ الأميلويد أو الداء النشواني **Amyloidosis** : بسبب ارتشاح الطبقة العضلية
أو الأعصاب بالمادة النشوانية ← اضطراب بحركية المري من نمط الأكالازيا أو
صلابة الجلد **Scleroderma** .

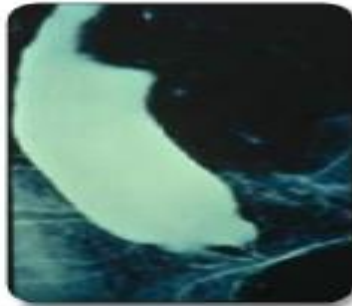
6- بعض الانسمامات والعلاجات :

✓ الاتسمام الكحولي . ✓ مضادات اضطراب النظم القلبي .
✓ مضادات المستقبلات **H2** (مضادات الحموضة) ✓ مضادات الكولين
✓ أدوية داء باركنسون .

7- التهابات امري :

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

ما هو داء صلابة الجلد Scleroderma؟ وما نمط اضطراب حركية المري فيه؟



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

☺ تبلغ نسبة إصابة المري 50 – 80 % من حالات صلابة الجلد.

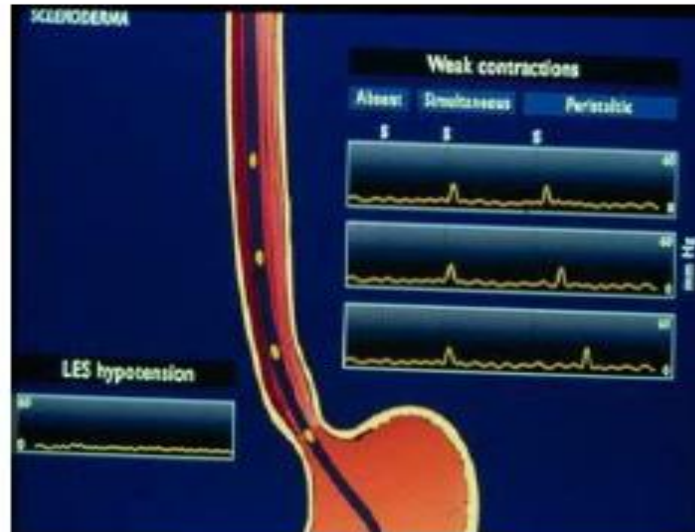
☺ تترافق بأعراض مفصلية وجهازية.

بقياس الضغوط:

✗ التقلصات الحوية طبيعية بالثلث العلوي للمري .

✗ التقلصات الحوية غائبة أو ضعيفة بالثلث السفلى 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.
- لننقل في كل منها ..

الأورام السليمة بالمري

- ❖ نادرة الحدوث ، وتمثل 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 النسيج الضامة تحت البشرة .

الاورام السليمة التي تنشأ على حساب المخاطية (البشرة) :

كما قلنا تكون لا عرضية وتكشف 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 وتكشف صدفة .



ب- الأورام الغدية Adenoma :

تنشأ على بشرة غدية فقط (دوماً 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.

1. الورم العضلي السليم **Leomyoma** :



❖ أكثر أورام تحت المخاطية حدوثاً، ويشكل 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 المضي.

➤ الإيكو الباطني: هو **الإخبار المثالي**

حيث تبدو آفة ناقصة الصدى

متجانسة على حساب العضلية أو العضلية المخاطية).

➤ حجم الورم : يوجهنا نحو السلامة والخيائة :

⊕ أقل من 3 سم : يوجه نحو السلامة .

⊕ أكثر من 3 سم : يوجه نحو الخيائة .

• العلاج :

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

2. أورام المريء السليمة الأخرى :

- ♥ الورم الليفي العصبي Neurofibroma
- ♥ أورام 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 اللحمية في الأنبوب الهضمي تقسم إلى زمرتين :

✓ تلك التي تظهر على حساب النسيج الرخوة في جميع أنحاء الجسم مثل

الليبوما Lipoma (الورم الشحمي) ، والشوانوما .

✓ أورام اللحمية (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 دعيته (gastrointestinal

autonomic nerve tumors-GANTs)

- ❖ 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 اللحمية .
- ❖ (10-30)% منها تكون عالية الخباثة ، لكن **جميعها كأمنة 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 والبرتوان والثرث.
- ❖ وإذا وضعنا نسب تقريبية لأماكن توزع الورم ستكون النتيجة كما يلي :

✓ المري 5%

✓ المعدة 54%

✓ الأمعاء الدقيقة 47%

✓ المستقيم 6%

✓ خلف البرتوان 7%

❖ لابد من اعتبار المعايير التالية عند التنبؤ بسلوك تلك الأورام 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 قطر 1 أو 2 سم ممكن أن تكون سليمة أو لا تتحول لخباثة خصوصاً إذا كان مشعرها الانقسامى مرتفعاً جداً..

العلاج :

Imatinib mesylate(gleevac) مثبط لخميرة التيروسين كيناز الذي يتدخل في استقلاب الخلية الخبيثة، يعطى فمويّاً، وأثبت 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 بـ 15 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 متواقت Synchronic او بشكل متلاحق Metachronic ← لذا لا بد من مراقبة مزدوجة هضمية وتنفسية(أنف، أذن ،حنجرة) بحال وجود ورم بإحدهما

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 نسبة انتشارها:**

✓ SCC نسبته 60 - 70 % من الحالات .

✓ Adeno Ca نسبته 30 - 40 % من الحالات .

في العشرين العام الماضي لوحظ زيادة ال Adeno Ca ، وتناقص ال SCC

حتى أصبحت النسبة متقاربة 50%

ينشأ في أي مكان بالمري ولكنه تزداد نسبة الحدوث بالاتجاه السفلي للمري :

في الثلثين العلويين يشيع SCC وفي الثلث السفلي للمري تكون النسبة SCC 20% , ADENO CA 80%

الأسباب الطوعية :

○ للسرطان شائك الخلايا SCC :

○ الكحولية ، التبغ .

○ اضطرابات غذائية:

✓ عوز غذائي بروتيني . ✓ عوز الفيتامينات Vit A,C,D,E .

✓ تناول أطعمة أو اشربة شديدة الحرارة . ✓ عوز الريبوفلافين .

✓ إستهلاك كبير للزبدة ، قليل من الخضار . ✓ سوء حالة الأسنان .

○ عوامل إنتانية :

✓ فيروسات : مثل HPV .

✓ فطور مثل الرشاشيات Aspergillus والفطر المخزلي Fusarium⁸

✓ عسرة البلع بعوز الحديد (Plumer Vinson Syndrome) (الفم المريئي)

✓ الأكالازيا .

✓ التهاب المري الشعاعي والتهاب المري بالكاويات .

○ آفات ليس لها علاقة ظاهرياً بالمري :

✓ كالداء الزلاقي (وهو تحسس معوي للخلوتين) .

✓ فرط التقرن الراجي الأحمصي (داء تايلور) : يحدث سرطان مري بنسبة

100% بعد عمر 60 - 65 سنة في هذا الداء ، والسبب غير معروف .

○ سرطان غدي Adino Carcinoma :

○ يؤهب مري باريت (القلس المعدي المريئي) لحدوث السرطانة الغدية بنسبة 10% .

○ 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 :

- ✓ **الإنشاحي** : آفة ترتشح في الجدار وتعطيه قساوة .
 - ✓ **مثيرعهم** : آفة متبرعمة ضمن اللمة (وغالباً متقرح).
 - ✓ **متقرح** : مظهر تقرح منقلب الحواف للخارج ، تسمى بالتنظير منظر صيوان الأذن.
- تشمل الآفة جزء أو كامل محيط اللمة ، وتمتد على ارتفاع مختلف .

انتقالات المري :

- **الانتقالات القريبة** : باكرة . بالطبقة تحت المخاطية، بالاتجاهين العلوي والسفلي، وقد يكون قافر :
 - 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، رغامي ، 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 :

- ✓ حسرة البلع (للجوامد متروكة تدريجياً لتصبح للسوائل أيضاً).
- ✓ الألم الصدري (بين اللوحين، خلف القص، شرسوفي، بالعنق ، بالأذن).
- ✓ أعراض ناجمة عن ارتشاح الأعصاب:
- حكة صوت (ارتشاح العصب الحنجري الراجع الأيسر).
- منلازمة هورنر (ارتشاح الودي الرقبي).
- ✓ سعال أثناء البلع (ناسور، شلل حنجري راجع أيسر).
- ✓ زلة نفسية (ضغط الرغامى بكتلة الورم المريئي).
- ✓ ارتشاح نامور ورمي ← اضطراب نظم قلب.
- ✓ منلازمة انضغاط أجوف علوي (وذمة وزرقة بالوجه والطرفين العلويين).
- ✓ جشاعات، فواق، نرف هضمي ، خول و دنف ميكر (خلفاً للأكالازيا).
- ✓ أعراض الانتقالات البعيدة للكبد مثلاً .
- ✓ إضافة: الألعاب 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 .

الخصائص المرضية :

- ✓ التنظير المعوي العلوي مع أخذ خزعات لتأكيد التشخيص.
- ✓ التصوير الظليل للمري : يظهر مكان الورم وشكله .
- ✓ 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 .

إجراءات تحديد الانتشار الورمي و متابعة المريض :

✓ صورة صدر بسيطة (قل 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 والكبد .

✓ إيكو باطني لتحديد مرحلة الورم Staging ومكانه .

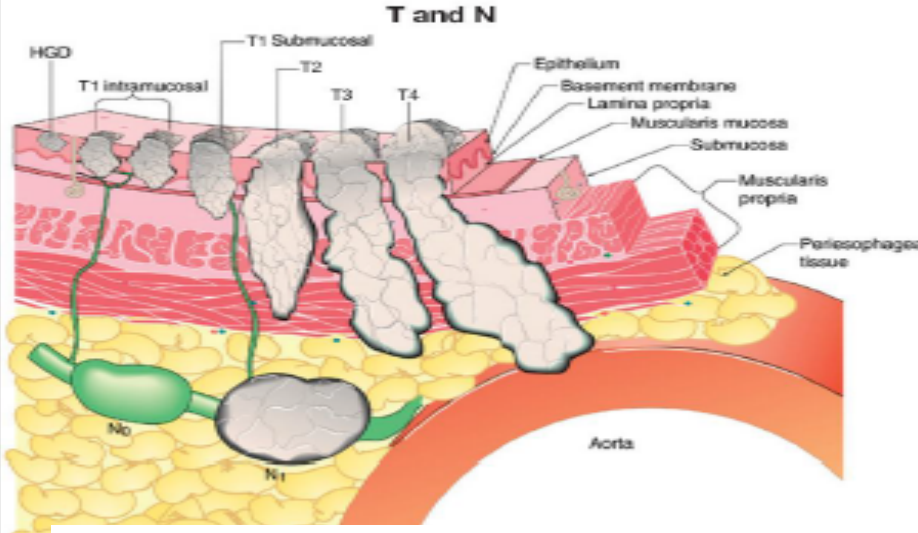
✓ فحص من قبل طبيب أذنية :

للتأكد من عدم وجود ورم متواقت في الطرق التنفسية العلوية

الإنذار

بالتشخيص المتأخر نسبة الحياة 5 سنوات أقل من 5 %

عندما تظهر أعراض عسرة بلغ غالباً تكون الحالة متقدمة وتجاوزت مرحلة العلاج



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

العلاج الجراحي (العلاج الشافي Curative) :

○ شروط المعالجة الشافية للورام الموضعية :

- ✓ ألا تتجاوز الطبقة تحت المخاطية من جدار المري .
- ✓ لا ارتشاح لأعضاء المتصف .
- ✓ لا انتقالات عقدية .
- ✓ لا انتقالات بعيدة .

○ استئصال المري المصاب مع هامش أمان فوقه (10-12 سم للأدينو كارسينوما و 8-10 سم ل SCC) + علاج شعاعي ل 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 كيميائي (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 لا يحسن من بقيا المريض .

المعالجة الملطفة Palliative : (بالطرق التنظيرية)

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

☹ نادرة جداً

☞ أنواعها :

✓ الورم القتامينى المريئى **Malignant Melanoma** (بدئى بالمرى أو انتقالي

للمرى) ☞ انتشاراته وانتقالاته مبكرة ☹ سىء الإنذار جداً (موت خلال 3- 4 أشهر).

✓ ساركوما المرى .

• **Leomyosarcoma**.

• **(GIST)**.

• **Fibrosarcoma**.

✓ الأورام الانتقالية للمرى خاصة الميلانوما وسرطان الثدي.