

فهرست مطالب

Guideline & Book Review



| | |
|---------|--|
| ۵۶..... | • توموستروم مال دستگاه گوارش (GIST)..... |
| ۵۶..... | • آنومالی های مادرزادی..... |
| ۵۶..... | • دیورتیکول مکل..... |
| ۵۸..... | • مالروتاسیون روده..... |
| ۵۸..... | • سندرم روده کوتاه..... |
| ۵۹..... | • آپاندیسیت حاد..... |
| ۶۱..... | • آبسه و فلگم آپاندیس..... |
| ۶۲..... | • آپاندیسیت در حاملگی..... |
| ۶۲..... | • تومورهای آپاندیس..... |
| ۶۲..... | • توموگارسینوئید آپاندیس..... |
| ۶۲..... | • آدنوگارسینوم و موکوسن آپاندیس..... |

فصل ۱۵: کولون، رکتوم، آنوس

| | |
|---------|--|
| ۶۶..... | • آناتومی..... |
| ۶۶..... | • کولون..... |
| ۶۷..... | • رکتوم..... |
| ۶۸..... | • آنوس..... |
| ۶۸..... | • فیزیولوژی..... |
| ۶۸..... | • ارزیابی های تشخیصی..... |
| ۶۸..... | • آندوسکوپی کولورکتال..... |
| ۶۹..... | • بررسی های رادیولوژیک کولون..... |
| ۶۹..... | • ترمینولوژی..... |
| ۷۰..... | • بیماری های کولون..... |
| ۷۰..... | • دیورتیکولوز کولون..... |
| ۷۰..... | • بیماری دیورتیکولار عالمت دار بدون عارضه..... |
| ۷۱..... | • دیورتیکولیت..... |
| ۷۲..... | • عوارض دیورتیکولیت..... |
| ۷۲..... | • خونریزی گوارشی تحتانی (خونریزی دیورتیکولا)..... |
| ۷۳..... | • بیماری های التهابی روده (IBD)..... |
| ۷۳..... | • کولیت اولسرو..... |
| ۷۵..... | • انسداد روده بزرگ..... |
| ۷۶..... | • ولولوس کولون..... |
| ۷۷..... | • انسداد کاذب حاد کولون (Sandrum Osgillie)..... |
| ۷۸..... | • پولیپ های کولورکتال..... |
| ۷۹..... | • کانسرهای کولورکتال..... |
| ۷۹..... | • اپیدمیولوژی و انتیولوژی کانسرهای کولورکتال..... |
| ۷۹..... | • غربالگری کانسرهای کولورکتال..... |
| ۸۰..... | • نظاهرات بالینی و مرحله بندی کانسر کولورکتال..... |
| ۸۱..... | • درمان کانسرهای کولورکتال..... |
| ۸۲..... | • بیماری های آنوس و رکتوم..... |
| ۸۲..... | • پرولاپس رکتوم (Procidentia)..... |
| ۸۳..... | • هموروئید..... |
| ۸۵..... | • آبسه آنورکتال..... |
| ۸۶..... | • فیستول آنال..... |
| ۸۷..... | • فیشر آنال..... |
| ۸۸..... | • بیماری های منتقل شونده از طریق جنسی..... |
| ۸۸..... | • عفونت های گنوکوکی و کلامیدیا بی..... |

| | |
|---------|---------------------------------------|
| ۲۹..... | • زخم پیتیک مقاوم به درمان..... |
| ۳۱..... | • پولیپ دندونوم..... |
| ۳۱..... | • سندرم زولینگر- الیسون..... |
| ۳۲..... | • آدنوگارسینوم دندونوم..... |
| ۳۳..... | • سندرم های پس از گاسترکتومی..... |
| ۳۳..... | • سندرم دامپینگ زودرس..... |
| ۳۴..... | • سندرم دامپینگ دیررس..... |
| ۳۴..... | • اسهال پس از آگوتومی..... |
| ۳۴..... | • انسداد لوب آوران..... |
| ۳۴..... | • سندرم لوب کور..... |
| ۳۵..... | • گاستریت ناشی از ریفلاکس قلبایی..... |
| ۳۵..... | • زخم های حاشیه ای (مارژینال)..... |
| ۳۵..... | • زخم های عودکنده..... |
| ۳۵..... | • آتونی معده..... |
| ۳۵..... | • اختلالات متابولیک..... |
| ۳۶..... | • درمان چاقی با جراحی..... |
| ۳۶..... | • چاقی..... |
| ۳۶..... | • مدیریت چاقی..... |
| ۳۶..... | • اصلاح رفتاری..... |
| ۳۷..... | • تغییر در رژیم غذایی..... |
| ۳۷..... | • دارود درمانی..... |
| ۳۷..... | • جراحی باریاتریک..... |
| ۳۸..... | • عوارض زودرس جراحی باریاتریک..... |
| ۳۸..... | • نشت از محل آناستوموز..... |
| ۳۸..... | • خونریزی بعد از جراحی..... |
| ۳۸..... | • عوارض دیررس جراحی باریاتریک..... |
| ۳۸..... | • اختلالات تغذیه ای..... |
| ۳۹..... | • زخم حاشیه ای (مارژینال)..... |
| ۳۹..... | • تنگی..... |
| ۳۹..... | • فتق داخلی..... |
| ۳۹..... | • انسداد بازوی بیلیوپانکراتیک..... |
| ۳۹..... | • سنتگ کیسه صفراء..... |
| ۳۹..... | • عوارض باند قابل تنظیم معده..... |
| ۴۰..... | • مزایای جراحی های باریاتریک..... |

فصل ۱۴: روده کوچک و آپاندیس

| | |
|---------|-----------------------------------|
| ۴۳..... | • انسداد روده کوچک..... |
| ۴۷..... | • ایتوس اسپیشن..... |
| ۴۷..... | • ایلوتوس پارالیتیک..... |
| ۴۸..... | • بیماری کرون..... |
| ۵۲..... | • ایسکمی حاد مزاتر..... |
| ۵۳..... | • تومورهای روده کوچک..... |
| ۵۴..... | • تومورهای خوش خیم روده کوچک..... |
| ۵۴..... | • تومورهای بد خیم روده کوچک..... |
| ۵۴..... | • آدنوگارسینوم روده کوچک..... |
| ۵۵..... | • تومورگارسینوئید..... |
| ۵۵..... | • سندرم کارسینوئید..... |
| ۵۵..... | • لنفوم روده کوچک..... |

| | |
|---------|--|
| ۱۰..... | • آناتومی مری..... |
| ۱..... | • بافت شناسی..... |
| ۲..... | • فیزیولوژی مری..... |
| ۲..... | • نظاهرات بالینی بیماری های مری..... |
| ۲..... | • بررسی های تشخیصی مری..... |
| ۴..... | • بیماری ریفلاکس معده به مری (GERD)..... |
| ۶..... | • کارسینوم مری..... |
| ۸..... | • پروفوراسیون مری..... |
| ۸..... | • آسیب مری گردی..... |
| ۸..... | • آسیب مری توراسیک..... |
| ۹..... | • فتق های هیاتال..... |
| ۱۰..... | • آشلازی..... |
| ۱۱..... | • اختلالات پریستالتیک مازور و مینور مری..... |
| ۱۱..... | • دیورتیکول های مری..... |
| ۱۲..... | • دیورتیکول زنکر..... |
| ۱۲..... | • دیورتیکول های اپی فرنیک..... |
| ۱۲..... | • دیورتیکول های قسمت میانی مری..... |
| ۱۳..... | • ضایعات خوش خیم مری..... |
| ۱۳..... | • بلع جسم خارجی..... |
| ۱۴..... | • بلع مواد سوزاننده..... |

فصل ۱۳: معده و دندونوم

| | |
|---------|--|
| ۱۸..... | • آناتومی معده..... |
| ۱۹..... | • آناتومی دندونوم..... |
| ۱۹..... | • فیزیولوژی ترشح اسید معده..... |
| ۱۹..... | • مکانیسم های محافظت کننده از مخاط معده..... |
| ۲۰..... | • جذب ویتامین B12 (کوبالامین)..... |
| ۲۰..... | • محافظت از دندونوم..... |
| ۲۰..... | • رخم پیتیک..... |
| ۲۰..... | • ریسک فاکتورها..... |
| ۲۰..... | • تقسیم بندی رخم های پیتیک..... |
| ۲۱..... | • نظاهرات بالینی..... |
| ۲۱..... | • روش های تشخیصی..... |
| ۲۱..... | • درمان دارویی..... |
| ۲۱..... | • جراحی رخم پیتیک..... |
| ۲۲..... | • گاستریت حاد..... |
| ۲۲..... | • گاستریت استرسی..... |
| ۲۲..... | • سندرم مالوری - ویس..... |
| ۲۲..... | • بولیپ معده..... |
| ۲۳..... | • آدنوگارسینوم معده..... |
| ۲۵..... | • لنفوم معده..... |
| ۲۶..... | • توموستروم گوارشی (GIST)..... |
| ۲۶..... | • رخم دندونوم بدون عارضه..... |
| ۲۷..... | • رخم پیتیک عارضه دار..... |
| ۲۷..... | • پروفوراسیون رخم پیتیک..... |
| ۲۸..... | • خونریزی از رخم پیتیک..... |
| ۲۹..... | • انسداد خروجی معده (GOO)..... |

| | | | | | |
|----------|---|----------|--|----------|---|
| ۱۳۰..... | • کارسینوم هپاتوسولولار (HCC)..... | ۱۱۱..... | • مقدمه..... | ۸۸..... | • سیفیلیس..... |
| ۱۳۱..... | • کلانزیوکارسینوما..... | ۱۱۱..... | • اتیولوزی..... | ۸۸..... | • ویروس پاپیلوم انسانی (HPV)..... |
| ۱۳۲..... | • تومورهای مناستاتیک..... | ۱۱۲..... | • تظاهرات بالینی..... | ۸۹..... | • کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC) مقعد..... |
| ۱۳۲..... | • کیست‌های کبدی..... | ۱۱۲..... | • یافته‌های پاراکلینیک..... | ۸۹..... | • ویروس هرپس سیمبلکس (HSV)..... |
| ۱۳۲..... | • کیست‌های ساده و بیماری پلی‌کیستیک کرد..... | ۱۱۳..... | • پیش‌آمیختی..... | ۹۲..... | فصل ۱۶: بیماری‌های صفراء |
| ۱۳۳..... | • نتوپلاسم‌های کیستیک..... | ۱۱۴..... | • درمان دارویی..... | ۹۲..... | • آناتومی..... |
| ۱۳۳..... | • آبسه‌های کبدی..... | ۱۱۴..... | • درمان جراحی درانکراتیت حاد..... | ۹۲..... | • شرح حال دریماری‌های صفراء |
| ۱۳۴..... | • آبسه پیوژنیک کرد..... | ۱۱۵..... | • عوارض پانکراتیت حاد..... | ۹۲..... | • معاینه قیزیکی دریماری‌های صفراء |
| ۱۳۴..... | • آبسه آمیختی کرد..... | ۱۱۵..... | • عوارض موضعی..... | ۹۳..... | • یافته‌های آزمایشگاهی دریماری‌های صفراء |
| ۱۳۴..... | • کیست هیداتید..... | ۱۱۵..... | • عوارض سیستمیک..... | ۹۳..... | • یافته‌های تصویربرداری دریماری‌های صفراء |
| ۱۳۵..... | • هیپرتانسیون پورت و عوارض آن..... | ۱۱۵..... | • نکروز غفوتی پانکراس..... | ۹۴..... | • سنگ کیسه صفراء |
| ۱۳۵..... | • هیپرتانسیون پورت..... | ۱۱۶..... | • تجمع مایع اطراف پانکراس..... | ۹۵..... | • ریسک فاکتورها و روش‌های پیشگیری |
| ۱۳۶..... | • خونریزی واریسی..... | ۱۱۶..... | • سودوسیست (کیست کاذب پانکراس)..... | ۹۵..... | • انواع سنگ‌های صفراء (کله‌لینیازیس) |
| ۱۳۶..... | • کنترل خونریزی حاد واریسی..... | ۱۱۷..... | • پانکراتیت مزمن..... | ۹۵..... | • سنگ صفراء بی‌علامت |
| ۱۳۷..... | • پیشگیری از عود خونریزی واریسی..... | ۱۱۸..... | • تومورهای غیرنوراًند و کرین پانکراس..... | ۹۶..... | • کله‌سیستیت حاد |
| ۱۳۷..... | • آسیت..... | ۱۱۸..... | • مقدمه..... | ۹۶..... | • کله‌سیستیت حاد گاترنه |
| ۱۳۸..... | • عوارض آسیت..... | ۱۱۹..... | • علامت بالینی..... | ۹۸..... | • کله‌سیستیت حاد آمیزمانو |
| ۱۳۸..... | • آنسفالوباتی کبدی..... | ۱۱۹..... | • یافته‌های پاراکلینیک..... | ۹۸..... | • کله‌سیستیت حاد بدون سنگ |
| ۱۳۹..... | • بیماری کبدی End-Stage و پیوند کرد..... | ۱۲۰..... | • درمان تومورهای پانکراس..... | ۹۸..... | • کله‌سیستیت مزمن |
| ۱۳۹..... | • بیماری کبدی مزمن آندوکرین پانکراس و پیشوونده..... | ۱۲۰..... | • تومورهای آندوکرین پانکراس..... | ۹۹..... | • سنگ مجرای کلدوك |
| ۱۴۰..... | • نارسایی فولمینانت کرد..... | ۱۲۰..... | • مقدمه..... | ۱۰۰..... | • کلانزیت حاد |
| ۱۴۰..... | • طحال..... | ۱۲۱..... | • انسولینوما..... | ۱۰۱..... | • پانکراتیت حاد صفراء |
| ۱۴۰..... | • آناتومی طحال..... | ۱۲۲..... | • گاستریتوما..... | ۱۰۱..... | • ایلنوس صفراء |
| ۱۴۱..... | • طحال فرعی..... | ۱۲۲..... | • گلوكاتلونوما..... | ۱۰۳..... | • کانسرکیسه صفراء |
| ۱۴۱..... | • عملکرد طحال..... | ۱۲۲..... | • ویپوما (VIPoma)..... | ۱۰۳..... | • کانسر مجازی صفراء (کلانزیوکارسینوما) |
| ۱۴۲..... | • معاینه فیزیکی..... | ۱۲۳..... | • سوماتوستاتینوما..... | ۱۰۵..... | • کیست‌های مادرزادی کلدوك |
| ۱۴۲..... | • روش‌های تصویربرداری از طحال..... | ۱۲۳..... | • ارزیابی تومورهای آندوکرین پانکراس..... | ۱۰۵..... | • آسیب به مجرای صفراء و تنگی |
| ۱۴۲..... | • اختلالات جراحی طحال..... | ۱۲۳..... | • درمان تومورهای آندوکرین پانکراس..... | ۱۰۵..... | • آسیب‌های کشف شده در هین جراحی |
| ۱۴۲..... | • ترومما به طحال..... | ۱۲۴..... | • مرحله‌بندی و پیش‌آمیختی تومورهای آندوکرین .. | ۱۰۵..... | • آسیب‌های کشف شده پس از جراحی |
| ۱۴۲..... | • اختلالات عملکرد طحال..... | ۱۲۴..... | • ضایعات کیستیک پانکراس..... | ۱۰۶..... | • پروسیجرهای صفراء |
| ۱۴۳..... | • آنمی‌های همولیتیک..... | ۱۲۷..... | • آناتومی کبد..... | ۱۰۶..... | • کله‌سیستکتومی لاپاروسکوپیک |
| ۱۴۴..... | • ترومبوسیتوپنی..... | ۱۲۷..... | • فیزیولوژی کبد .. | ۱۰۶..... | • کله‌سیستکتومی بازو اکسپلور CBD |
| ۱۴۵..... | • ترومبوسیتوپنی ایمنی (ITP)..... | ۱۲۸..... | • آسیب‌های کبدی..... | ۱۰۷..... | • ERCP |
| ۱۴۵..... | • بورپورای ترومبوسیتوپنیک ترومبوتیک (TTP) ... | ۱۲۸..... | • آبسه‌ها، کیست‌ها و تومورهای کبدی..... | ۱۰۹..... | فصل ۱۷: پانکراس |
| ۱۴۵..... | • هیپراسپلینیسم مرتبه با سایر بیماری‌ها..... | ۱۲۸..... | • ارزیابی ضایعات تصادفی و بی‌علامت کبد .. | ۱۰۹..... | • آناتومی پانکراس |
| ۱۴۶..... | • بدخیمی‌های خونی..... | ۱۲۸..... | • تومورهای خوش خیم .. | ۱۰۹..... | • آناتومی مجاري پانکراس |
| ۱۴۷..... | • پیامدها و عوارض اسپلنکتومی | ۱۲۸..... | • همانژیوم کبدی .. | ۱۰۹..... | • آنومالی‌های پانکراس |
| ۱۴۷..... | • تغییرات هماتولوژیک پس از اسپلنکتومی | ۱۲۹..... | • هیپرپلازی ندولار فوکال (FNH) | ۱۱۰..... | • خونرسانی پانکراس |
| ۱۴۷..... | • عفونت شدید پس از اسپلنکتومی (OPS1) | ۱۲۹..... | • آدنوم کبدی .. | ۱۱۰..... | • فیزیولوژی پانکراس |
| ۱۴۸..... | • سایر عوارض بعد از اسپلنکتومی | ۱۳۰..... | • تومورهای بد خیم کبد .. | ۱۱۱..... | • پانکراتیت حاد |

آنالیز آماری سؤالات فصل ۱۲

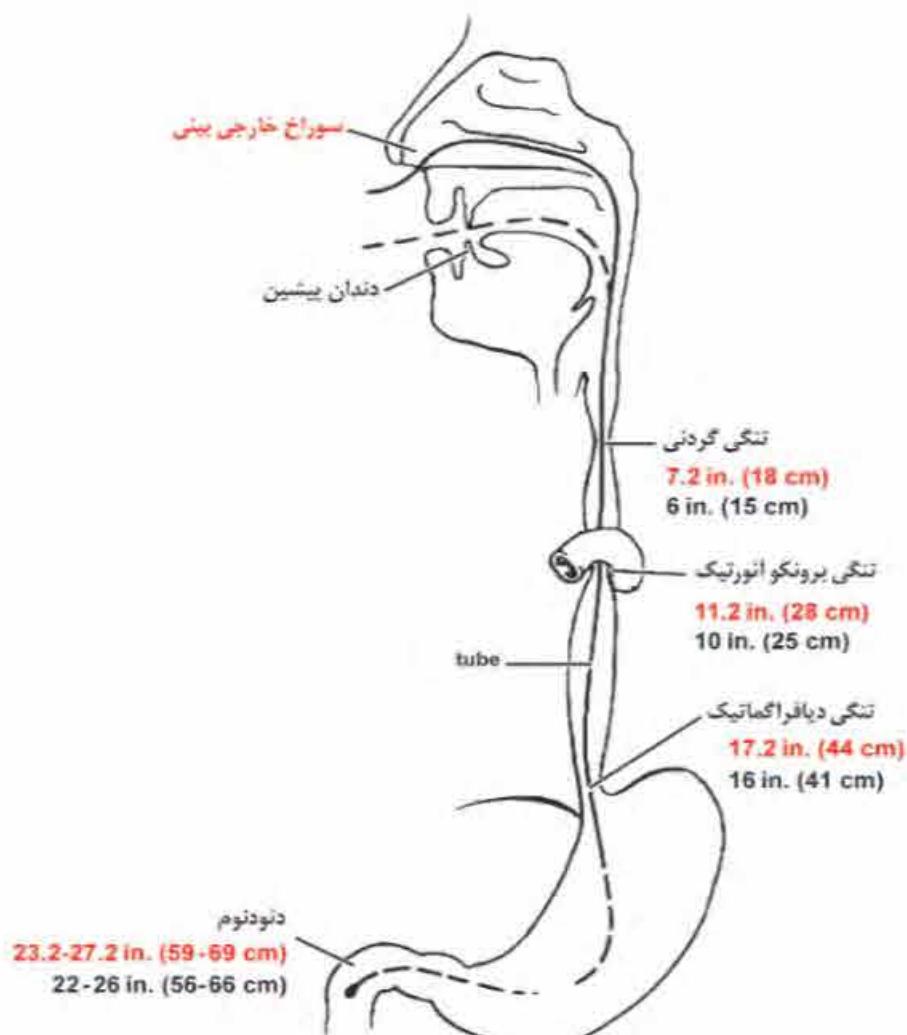


درصد سؤالات فصل ۱۲ در ۲۰ سال اخیر: ۶/۵٪

مباحثی که بیشترین سؤالات را به خود اختصاص داده‌اند (به ترتیب):

- ۱- بلع مواد سوزاننده مری، ۲- بیماری ریفلاکس معده به مری، ۳- دیورتیکول زنکر، ۴- کارسینوم مری، ۵- لیومیوم مری، ۶- آشالازی، ۷- پرفوراسیون مری، ۸- فتق‌های هیاتال، ۹- آناتومی و تنگی‌های مری

آناتومی مری



شکل ۱۲-۱. تنگی‌های آناتومیک طبیعی مری

اسفنترهاي مری: مری دارای دو اسفنتر فانکشنال است:

- ۱- اسفنتر فوقانی مری (UES) در سطح عضله کریکوفارنژیوس
- ۲- اسفنتر تحتانی مری (LES) در سطح دیافراگم

خونرسانی شریانی

● **مری گردنی:** شریان تیروئیدی تحتانی از تنہ شریانی تیروسرویکال

● **مری توراسیک:** شریان‌های بروننشیال و شریان‌های ازوفارژیال کوچک‌تر از آنورت توراسیک

● **مری دیستال:** شاخه‌های شریان گاستریک چپ



■ **تعریف:** مری لوله‌ای عضلانی به طول تقریباً ۲۵ سانتی‌متر بوده که حلق را به معده متصل می‌کند.

■ **محل شروع و خاتمه مری:** مری در محاذات غضروف کریکوتید (M6C) شروع می‌شود. در آندوسکوپی، محل شروع مری در فاصله ۱۵ سانتی‌متری از دندان پیشین قرار دارد. مری درست در زیر دیافراگم (محاذات مهره T11) خاتمه می‌یابد که در فاصله ۴۰ سانتی‌متری از دندان‌های پیشین قرار گرفته است.

■ **تقسیم‌بندی**

- ۱- مری گردنی: ۳ تا ۵ سانتی‌متر طول دارد.
- ۲- مری توراسیک پروگزیمال و میانی: مجموعاً طول ۱۸ تا ۲۲ سانتی‌متر بوده که از مدیاستن خلفی عبور می‌کند.
- ۳- مری شکمی دیستال: به طول ۳ تا ۶ سانتی‌متر است.

■ **مجاورت‌ها**

- ۱- آنورت نزولی توراسیک: آنورت نزولی در سمت چپ مری به سمت پائین حرکت نموده و هنگام عبور از دیافراگم در پشت مری قرار می‌گیرد. به علت قرارگیری آنورت در سمت چپ مری، اغلب دسترسی‌های جراحی مری از طریق توراکوتومی راست صورت می‌گیرد (۱۰۰٪ امتحانی).
- ۲- تراشه و دهليز چپ: در قدام مری قرار دارد.

■ **دسترسی جراحی:** دسترسی جراحی مری به صورت زیر است:

- ۱- ضایعات قسمت پروگزیمال و میانی مری: توراکوتومی راست

- ۲- ضایعات قسمت دیستال مری: توراکوتومی چپ

■ **تنگی‌های آناتومیک مری:** سه منطقه تنگی آناتومیک در مری از نظر بالینی اهمیت دارند: چراکه غالباً محل گیرکردن غذا و اجسام خارجی بلعیده شده در مری هستند (شکل ۱۲-۱):

- ۱- در محاذات عضله کریکوفارنژیوس در ۱۵ سانتی‌متری دندان‌های پیشین
- ۲- در محل قوس آنورت در ۲۵ سانتی‌متری دندان‌های پیشین
- ۳- در سطح دیافراگم در ۴۱ سانتی‌متری دندان‌های پیشین

- ب) توراکوتومی میانی
د) برش شکمی
- الف) استرنوتوومی راست
ج) توراکوتومی راست

الف ب ج د



پافت‌شناسی

- برخلاف سایر بخش‌های دستگاه گوارش، مری لایه سروزی ندارد.
- تمام طول مری با اپی‌تیلیوم مطبق سنگفرشی غیرشاخی مفروش گردیده است که در صورت ایجاد مری بارت به سلول‌های استوانه‌ای روده‌ای متاپلاستیک تبدیل می‌گردد.



فیزیولوژی مری

- در حالت استراحت، بیشتر قسمت‌های مری در وضعیت ریلکس قرار دارد و فقط فشار استراحت UES و LES بالا است ($30-120 \text{ mmHg}$). فشار بالای LES در حالت استراحت، از $15-30 \text{ mmHg}$ و UES ریفلکس و رگورژیتاسیون جلوگیری می‌کند.
- مکانیسم بلع به صورت ارادی و از هسته آمبیگوس در بصل النخاع آغاز می‌شود. با آغاز مکانیسم بلع، UES به طور موقت شُل شده و غذا وارد مری می‌شود. سپس لقمه غذا با امواج پریستالیک اولیه مری به سمت پائین حرکت می‌کند. بازدیدک شدن غذا به انتهای مری، LES نیز موقتاً شُل می‌شود تا غذا وارد معده شود. پس از عبور غذا، LES دوباره به فشار استراحت بالای خود بر می‌گردد.
- امواج پریستالیک ثانویه مری چه مکانیسم طبیعی بلع نیستند. این حرکات معمولاً به دنبال اتساع یا تحریک مری و یا در صورت وجود انسداد در مسیر حرکت غذا ایجاد می‌شوند. همچنین در صورت باقیماندن ذرات غذا پس از بلع، این حرکات ممکن است ایجاد شوند تا غذا به طور کامل از مری عبور کند.
- امواج ثالثیه همواره غیرطبیعی بوده و موجب فیبریلاسیون غیرطبیعی و غیرپیشرونده مری می‌شود.



تظاهرات بالینی بیماری‌های مری

دیسفاری: به دشواری در انتقال غذا (جامد یا مایع) از دهان به معده، دیسفاری گفته می‌شود. بیماران از گیرکردن غذا شکایت دارند و می‌توانند محل انسداد را نشان دهند. دیسفاری معمولاً همراه با درد نیست.

أدینوفاری: به بلع دردناک، أدینوفاری گفته می‌شود. علل آن عبارتند از:

- عفونت مری مثل ازوفاریت کاندیدیایی، سیتومگالوویروس و ویروس هرپس
- وجود جسم خارجی در مری
- آسیب به مری

گلوبوس هیستریکوس: به احساس توده در گلو، گلوبوس هیستریکوس گفته می‌شود. بیماران باید به دقت بررسی شوند چرا که ممکن است یک علامت سایکولوژیک تبوده و تظاهر یک توده باشد.

سوژش سردل: حس سوزشی بوده که در قفسه سینه یا گلو، حس می‌گردد.

درباز وریدی

● مری گردی: ورید تیروئیدی تحتانی

● مری توراسیک: وریدهای آزیگوس و همی آزیگوس

● مری دیستال: وریدهای کرونری و ورید گاستریک چپ که به سیستم وریدی پورت درناز می‌شوند.

توجه! در سیروز کبدی په همراه هیپرتانسیون پورت، شبکه وریدی تحتانی مری به شکل یک مسیر کلتال جهت درناز ورید پورت به ورید آزیگوس عمل نموده و موجب واریس مری می‌شود.

درباز لنفاوی

● مری گردی: غدد لنفاوی عمیقی گردن (زوج‌گولا)

● مری توراسیک: غدد لنفاوی مدیاستن خلفی از جمله غدد لنفاوی ناف ریه‌ها و غدد لنفاوی پاراترکتال

● مری دیستال: غدد لنفاوی سلیاک، گاستریک چپ و پاراهیاتال

توجه! در کارسینوم مری، اولین غدد لنفاوی درگیریه محل تومور بستگی دارد.

عصبه‌دهی

اعصاب سمعیاتیک و پاراسمعیاتیک

1- عصب‌دهی پروگزیمال مری از طریق اعصاب راجعه حنجره از عصب واگ و زنجیره سمعیاتیک گردی صورت می‌گیرد.

2- عصب‌دهی قسمت میانی و دیستال مری از طریق عصب واگ و زنجیره سمعیاتیک توراسیک صورت می‌گیرد.

توجه! آسیب به عصب راجعه حنجره علاوه بر فلج تارهای صوتی موجب اختلال مکانیسم بلع و افزایش ریسک آسپیراسیون می‌شود.

توجه! فیبرهای آوران درد احشایی از طریق اعصاب سمعیاتیک به بخش فوقانی النخاع توراسیک منتقل می‌شوند. این مسیر با فیبرهای حسی قلب مشترک بوده؛ به همین علت آنژین قلبی می‌تواند شبیه دردهای ناشی از مری (مثل اسپاسیم یا ریفلکس اسید) باشد.

شبکه عصبی میانتریک: از اعصاب سمعیاتیک و پاراسمعیاتیک تشکیل گردیده که در موسکولاریس پروپریا در بین لایه‌های عضلانی حلقوی و طولی قرار دارد. این شبکه، حرکات پریستالیک مری را کنترل می‌کند. اگر شبکه عصبی میانتریک آسیب بینند به علت اختلال در شدن LES موجب آشalaزی می‌گردد.

مثال در گزارش آندوسکوپی گوارشی فوقانی مرد ۵۰ ساله با جثه متوسط، توموری به فاصله ۲۲ سانتی‌متراز دندان‌های پیشین گزارش شده است. محل

آناتومیک تقریبی این تومور عبارت است از: (پرانتزی میان دوره - خرداد ۱۴۰۰)

(الف) حد فاصل مری گردی و توراسیک

(ب) مری توراسیک تحتانی

(ج) تنہ معده

(د) کاردیای معده

الف ب ج د

مثال در یک مرد ۵۰ ساله طی مدت کوتاهی بعد از اتساع پنوماتیک LES (جهمت درمان آشalaزی، درد سینه ایجاد گردیده است. در بررسی گوارشی فوقانی با ماده حاجب محلول در آب، اکستراوازیشن ماده حاجب در سطح دیستال مری، گزارش گردیده است. بیمار جهمت ترمیم فوری به اتاق عمل برده می‌شود. بهترین برش جراحی برای این بیمار چیست؟ (پرانتز لارنس)

● اندیکاسیون‌های مانومتری

۱- آشالازی

۲- اسپاسم مری

GERD - ۳

■ مانیتورینگ pH مری

● **کاربرد:** مانیتورینگ pH قسمت دیستال مری، روش استاندارد طلایی تشخیص ریفلاکس معده به مری (GERD) است. مصرف PPIs و H2 بلوکرها باید ۷ روز قبل از انجام pH متری قطع گردد.

● **تفسیر نتایج:** pH متری ۲۴ ساعته، ۶ حالت از pH غیرطبیعی در دیستال مری را اندازه‌گیری می‌کند:

۱- درصد کل زمانی که pH کمتر از ۴ است.

۲- درصد زمانی که در حالت ایستاده، pH کمتر از ۴ است.

۳- درصد زمانی که در حالت خوابیده به پشت (Supine), pH کمتر از ۴ است.

۴- تعداد اپیزودهایی که pH کمتر از ۴ است.

۵- تعداد اپیزودهایی که بیشتر از ۵ دقیقه، pH کمتر از ۴ است.

۶- طولانی‌ترین اپیزود (به دقیقه) که pH کمتر از ۴ است.

نتایج pH متری بیمار با افراد طبیعی مقایسه شده و یک امتیاز ترکیبی براساس میانگین و انحراف معیار محاسبه می‌شود. به این امتیاز، امتیاز DeMeester گفته می‌شود. امتیاز بیشتر از ۱۴/۷۲ در تعیین این که بیمار از جراحی آنتی‌ریفلاکس سود می‌برد، بسیار اختصاصی است.

!**توجه** اپیزودهای کوتاه‌مدت pH کمتر از ۴ حاکی از اختلال فانکشن بخش تحتانی مری بوده و اپیزودهای طولانی‌مدت pH کمتر از ۴ به معنی اختلال در پاکسازی اسید از مری است.

■ روش‌های تصویربرداری

MRI و CT-Scan ● برای تشخیص بیماری‌های مری کمتر مفید بوده و بیشتر جهت بررسی متاستازهای دوردست کارسینوم مری به کار برده می‌شوند (به ویژه اگر با PET-Scan همراه باشند). MRI و CT-Scan همچنین جهت بررسی درگیری ساختمان‌های اطراف مری مثل آثورت، تراشه و غدد لنفاوی به کار برده می‌شود. اگر در CT-Scan، این ارگان‌های مجاور درگیر باشند به معنی غیرقابل رزکت بودن تومور نیست.

!**نکته** CT-Scan با کنترast خوراکی در موارد مشکوک به پروفوراسیون مری وقتی که CXR، پلورال افیوژن سمت چپ را نشان می‌دهد، کمک‌کننده است.

■ آندوسکوپی فوقانی

۱- انجام آندوسکوپی مستقیم برای تمام بیماری‌های مری الزامی است.
۲- آندوسکوپی در بسیاری از بیماری‌های مری، نقش تشخیصی و درمانی دارد و امکان مشاهده مستقیم بیماری‌های مری و بیوپسی را فراهم می‌کند.
۳- در هنگام انجام آندوسکوپی، می‌توان دیلاتاسیون تنگی‌ها و تزریق دارو برای درمان واریس و اختلالات LES را انجام داد.
۴- در صورت شک به دیورتیکول مری، یا آسیب شدید با مواد سوزاننده، آندوسکوپی باید با احتیاط انجام شود؛ چرا که ریسک پروفوراسیون مری وجود دارد.

۵- در GERD، از آندوسکوپی برای بررسی وسعت ازوفارژیت ناشی از ریفلاکس، وجود مری بارت و یا دیس‌پلازی و تعیین آناتومی فتق هیاتال استفاده می‌شود.

■ **ریفلاکس یا رگورژیتاسیون:** به احساس برگشت مایعات از معده به گلو، گفته می‌شود. سوزش سردل و ریفلاکس در بیماری‌های زیر دیده می‌شوند:

GERD - ۱

۲- آشالازی

۳- سوزش سردل فانکشنال (مری تحریک پذیر)

۴- تنگی‌های مری

!**توجه** سوزش سردلی که به طور خودبه‌خودی طی چند ماه خوب می‌شود، می‌تواند نشانه یک بیماری جدی مثل کارسینوم یا تنگی مری باشد.

■ **برونشیت یا پنومونی راجعه:** برونشیت یا پنومونی راجعه به ویژه در افراد خیلی جوان و مُسن نشانه آسپیراسیون راجعه محتويات مری یا معده است. علل آن عبارتند از:

۱- انسداد مری

۲- مالفورماسیون‌های مادرزادی

۳- دیورتیکول

۴- هرنی هیاتال بزرگ

۵- اختلالات حرکتی مری

■ **آنمی و خونریزی:** ازوفارژیت اولسراتیو، شایع‌ترین علت خونریزی مری بوده و معمولاً موجب خون مخفی در مدفوع می‌شود.

■ **سکسکه:** نشانه تحریک دیافراگم بوده و علل آن عبارتند از:

۱- فتق دیافراگماتیک

۲- دیلاتاسیون حاد معده

۳- انفارکتوس ساب‌اندوکاردیال

■ **افتراق بیماری مری از آنژین صدری:** به علت وجود مسیر حسی مشترک اعصاب سمپاتیک مری و قلب، گاهی بیماری‌های مری علائمی ایجاد می‌کنند که افتراق آن از آنژین قلبی امکان‌پذیر نیست. جهت افتراق توجه به نکات زیر کمک‌کننده است:

۱- علائم بیماری‌های مری با تغییر پوزیشن به ویژه خم شدن به جلو بدتر می‌شود.

۲- علائم بیماری‌های مری با آروغ زدن و تا حدودی توسط نیتروگلیسیرین تسکین می‌یابند. نیتروگلیسیرین علائم اختلالات اسپاستیک مری مثل اسپاسم دیستال مری را مشخصاً بهبود می‌دهد.



بررسی‌های تشخیصی مری

■ **ازوفاگوگرافی با باریوم:** در بیماری‌های ساختمانی و حرکتی مری، ازوفاگوگرافی با باریوم، اوّلین تست تشخیصی ارجح است.

۱- اوّلین روش بررسی دیس‌فازی، رگورژیتاسیون و سوزش سردل، ازوفاگوگرافی با باریوم است.

۲- به کمک آن می‌توان فتق هیاتال، دیورتیکول و انسداد را تشخیص داد.

۳- در صورت شک به فتق هیاتال باید این روش در پوزیشن‌های مختلف انجام شود.

■ مانومتری مری

● **کاربرد مانومتری:** مانومتری مری امکان اندازه‌گیری مستقیم و همزمان فشار داخل لومنی مری را فراهم می‌کند. از این روش برای بررسی عملکرد LES و UES و همچنین اختلالات انقباضی تنه مری استفاده می‌شود.

■ تشخیص: تشخیص قطعی GERD تنها با کمک علائم بالینی امکان پذیر نیست؛ چرا که بیمارانی که علائم تیپیک را دارند، همیشه مبتلا به GERD نیستند.

● اقدامات تشخیصی تهاجمی: معمولاً زمانی استفاده می‌شوند که مداخله جراحی برای بیمار مطرح بوده یا عوارض GERD (تگی یا مری بارت) ایجاد شده باشند. بررسی‌های مناسب قبل از جراحی جهت اطمینان از بالا بودن احتمال موفقیت جراحی ضروری هستند.

● روش‌های تشخیصی اصلی: اقدامات تشخیصی GERD باید شامل موارد زیر باشد:

- ۱- pH متری مری (استاندارد طلایی تشخیص)
- ۲- Barium Swallow
- ۳- آندوسکوپی فوقانی

● مانومتری مری: مانومتری مری اغلب برای Rule out اختلالات حرکتی مری و انتخاب نوع جراحی آنتی‌ریفلaks انجام می‌شود.

● تست‌های تخلیه معده: در بیمارانی که علائم نفخ، تهوع و استفراغ دارند، جهت Rule out اختلالات تخلیه معده استفاده می‌شوند.

■ عوارض

● تنگی دیستال مری (Peptic stricture)

● مری بارت: به متاپلازی روده‌ای مخاط قسمت دیستال مری، مری بارت گفته می‌شود. مری بارت مستعد ایجاد دیسپلازی بوده و ممکن است موجب بد خیمی در دیستال مری شود. دیسپلازی در بررسی هیستولوژیک می‌تواند High-grade یا Low-grade باشد:

۱- دیسپلازی Low-grade: در این موارد، فالوآپ با آندوسکوپی هر ۶ تا ۱۲ ماهه به همراه بیوپسی از ۴ کوادران مری در هر ۱ تا ۲ سانتی‌متر از بافت درگیر مری توصیه می‌گردد.

۲- دیسپلازی High-grade: این موارد باید توسط پزشک متخصص مری مدیریت شوند و اقدام درمانی، از درمان آندوسکوپیک تا ازوفاژکتومی می‌تواند متغیر باشد.

■ درمان دارویی: در حال حاضر قدم اول در درمان GERD، شامل اصلاح رفتار و استفاده از داروهای PPI است.

● اصلاح رفتار: تغییرات رفتاری در GERD شامل موارد زیر هستند:

- ۱- پرهیز از خوردن غذا در اوخر شب
 - ۲- خوابیدن در یک شیب ملایم (یه طوری که سرو قفسه سینه بالاتر از شکم قرار گیرد)
 - ۳- اجتناب از مصرف موادی که سبب شل شدن LES می‌شوند (مانند سیگار، الکل، شکلات، قهوه و فلفل)
- سایر مداخلات رفتاری و اثر آنها در GERD در جدول ۱۲-۱ آورده شده است.

● مهارکننده‌های پمپ پروتون (PPIs): داروهای PPI، علائم ریفلaks را در بیش از ۹۰٪ موارد کنترل می‌کنند. عوارض این داروها عبارتند از:

- ۱- کاهش تراکم استخوان
- ۲- کولیت ناشی از کلستریدیوم دیفیسیل
- ۳- مشکلات کلیوی

■ درمان جراحی

● اندیکاسیون‌ها: در بیمارانی که درمان غیرجراحی موفقیت‌آمیز نبوده یا تمایل دارند که از عوارض PPIs اجتناب کنند، جراحی گزینه مناسبی است.

۶- امروزه از روش‌های پیشرفته آندوسکوپی برای انجام جراحی‌های بدون برش مثل میوتومی کریکوفارنژیال جهت درمان دیورتیکول زنکرو میوتومی آندوسکوپیک از راه دهان (POEM) در آشالازی می‌توان استفاده کرد.

■ سوتونگرافی آندوسکوپیک (EUS)

● کاربردها

۱- به کمک EUS، دیواره مری و غدد لنفاوی مجاور آن به دقت مشاهده می‌گردد.

۲- در EUS Staging سرطان مری به کاربرده می‌شود و به کمک آن می‌توان عمق و تهاجم تومور (T) را مشخص کرد و از غدد لنفاوی غیرطبیعی به کمک FNA بیوپسی تهیه کرد (N).

۳- EUS برای کشف خایعات اینترامورال مانند لیومیوم نیز به کاربرده می‌شود.

■ مثال بیماری ۶۰ ساله با دیسفاری مراجعه می‌کند، اولین اقدام برای ارزیابی بیمار پس از معاینات اولیه چیست؟
(پارسیانی شهریور ۹۴ - دانشگاه آزاد اسلامی)

الف) ازوفاگوسکوپی

ب) آندوسونوگرافی

ج) Barium Swallow همراه با بررسی معده و دئودنوم

د) مانومتری مری

الف ب ج د

بیماری ریفلaks معده به مری (GERD)

■ تعریف: به برگشت محتویات معده به دیستال مری از طریق LES، Rیفلaks معده به مری گفته می‌شود. Rیفلaks گهگاهی محتویات معده به دیستال مری یک پدیده فیزیولوژیک طبیعی بوده و این امر افتراق Rیفلaks پاتولوژیک از فیزیولوژیک را دشوار می‌سازد.

■ اتیولوژی: GERD به علت اختلال در عملکرد LES ایجاد می‌شود. علل اختلال در عملکرد LES عبارتند از:

- ۱- پرولاپس LES به داخل قفسه سینه که در فتق هیاتال دیده می‌شود. اگرچه بیماری Rیفلaks به طور شایعی با فتق هیاتال همراهی دارد ولی تمام مبتلایان به Rیفلaks، فتق هیاتال ندارند و از طرفی تمام مبتلایان به فتق هیاتال، Rیفلaks ندارند.
- ۲- افزایش فشار داخل معده
- ۳- شل شدن LES به علل دارویی یا غذایی
- ۴- اختلالات حرکتی مری

■ علائم بالینی: علائم GERD به ۲ دسته علائم تیپیک و آتیپیک تقسیم می‌شوند:

● علائم تیپیک: شامل سوزش سردل (Heartburn) و رگورژیتاپسیون است. وجود علائم تیپیک به همراه پاسخ درمانی مناسب به داروهای ضد Rیفلaks، قوی ترین پیش‌بینی کننده پاسخ درمانی خوب به جراحی آنتی‌Rیفلaks در بیمارانی است که تست pH / ایمپدانس آنها غیرطبیعی است.

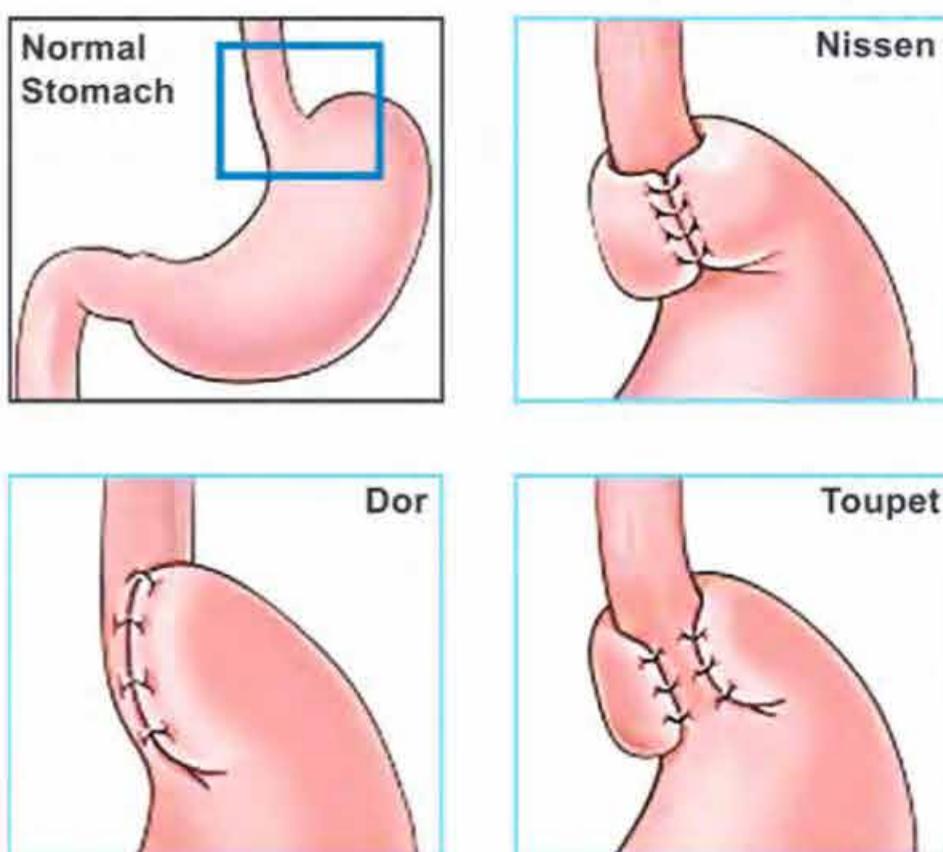
● علائم آتیپیک: شامل سرفه، گرفتگی صدا، درد قفسه سینه و علائم آسم است. علائم آتیپیک پاسخ کمتری به جراحی آنتی‌Rیفلaks می‌دهند.

جدول ۱۲-۱. تغییرات رفتاری برای درمان GERD

| تغییر | داروهای جاک | عادات اجتماعی | تغییرات وضعیتی | محتوای رژیم غذایی | رفتار غذیه‌ای |
|------------------------------|-------------|---------------|----------------|-----------------------------|---|
| کاهش وزن | | | | وعده‌های غذایی کوچک‌تر | |
| کاهش از دراز کشیدن پس از غذا | | | | عدم مصرف غذاهای اسیدی | عدم مصرف غذاهای پرچرب |
| بالا بردن سرتختخواب | | | | اجتناب از مصرف قهوه و شکلات | |
| عدم مصرف سیگار | | | | | عدم مصرف آنتی‌کلیزیک‌ها، کلسیم، بتا‌بلوکرهای، گزانتین و آسپیرین |
| عدم مصرف الکل | | | | | |
| کاهش وزن | | | | | |

جدول ۱۲-۲. روش‌های جراحی آنتی‌ریفلaks

| روش جراحی | درجه چرخش معده | اپروج جراحی |
|-------------|----------------|-----------------|
| Nissen | ۳۶۰ | شکمی با توراسیک |
| Belsey-Mark | ۲۴۰ | توراسیک |
| Toupet | ۲۷۰ | شکمی |
| Dor | ۱۸۰ | شکمی |
| Hil | صفر | شکمی |



شکل ۱۲-۲. انواع روش‌های جراحی ریفلaks معده به مری

برخلاف درمان دارویی، جراحی با تقویت LES ضعیف، علت آناتومیک GERD را بطرف نموده و ریفلaks محظیات معده به مری را کاهش می‌دهد.

• فاکتورهای پیش‌بینی‌کننده موفقیت جراحی

- مثبت بودن تست pH متری
 - وجود علائم تیپیک ریفلaks
 - بهبود علائم با داروهای PPI
- اصول جراحی آنتی‌ریفلaks**
- بازسازی ۲ تا ۳ سانتی‌متری قسمت داخل شکمی مری
 - بستن دیافراگم
 - تقویت LES که معمولاً با فوندالپلیکاسیون انجام می‌شود.

• فوندالپلیکاسیون Nissen: این روش شایع‌ترین روش جراحی آنتی‌ریفلaks است. روش Nissen با هردو اپروج شکمی و توراسیک قابل انجام است؛ هرچند جراحی عمده‌ای از طریق شکم انجام شده و حلقه کردن مری به طور کامل و ۳۶۰ درجه انجام می‌شود. سایر روش‌های جراحی در جدول ۱۲-۲ آورده شده‌اند (شکل ۱۲-۲).

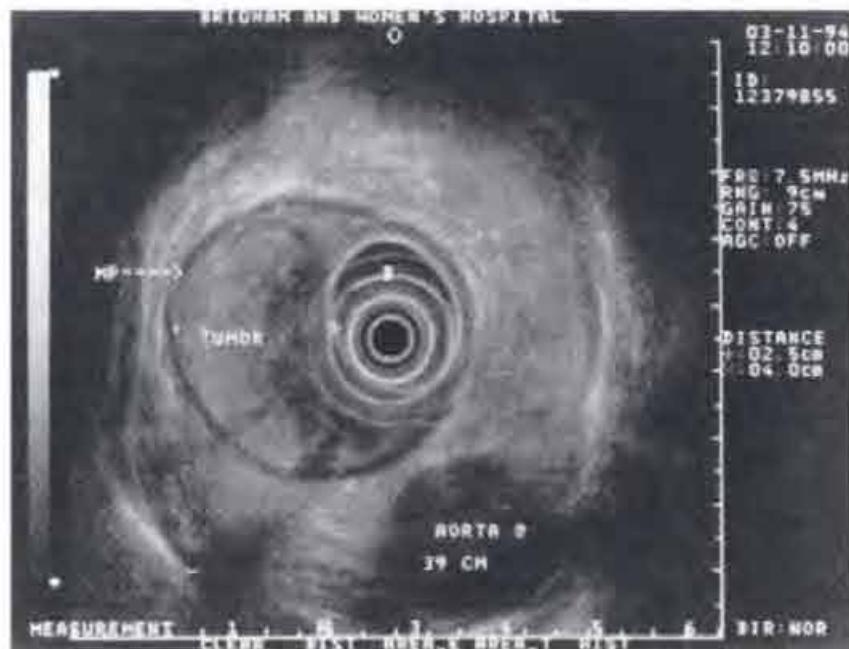
• گاستروپلاستی کولیس: در مواردی که به علت GERD مزمن و شدید، مری کوتاه شده است، می‌توان به همراه فوندالپلیکاسیون، از روش گاستروپلاستی کولیس (Wedge fundectomy) استفاده کرد. در این روش بخشی از فوندوس معده به شکل یک لوله درآمده و موجب طویل شدن طول مری داخل شکمی می‌شود.

مثال خانم ۳۰ ساله‌ای به دلیل سوزش و درد آپی گاستر مراجعه نموده است. دردهای بیمار گهگاهی بوده و از ترش کردن متناوب شاکی است. با توجه به محتمل ترین تشخیص، بهترین اقدام کدام است؟

(پرانترنی شهریور ۹۷ - قطب ا کشوری [دانشگاه گیلان و مازندران])

- الف) درمان طبی با أمپرازول ۸ هفته
- ب) ازوفاگوگرافی با گاستروگرافین
- ج) PH متری ۲۴ ساعته
- د) آندوسکوپی فوقانی

الف ب ج د



شکل ۱۲-۳. سونوگرافی آندوسکوپیک مری (EUS)

بارت و به دنبال آن کاهش ریسک آدنوکارسینوم مری همچنان مورد اختلاف نظر است.

● یادآوری مهم‌ترین ریسک فاکتور آدنوکارسینوم مری، مری بارت است.

■ تظاهرات بالینی: هر دو نوع سرطان مری، معمولاً با دیسفارزی نسبت به غذاهای جامد و کاهش وزن تظاهر می‌کنند.

● آدنوکارسینوم: در آدنوکارسینوم، سابقه ریفلکس معده به مری به فراوانی دیده می‌شود. بیماران مبتلا به آدنوکارسینوم مری، در هنگام مراجعه سالم‌تر بوده و پیشرفت بیماری آنها کمتر است (به ویژه اگر بیمار به علت مری بارت تحت مراقبت با آندوسکوپی بوده باشد).

● SCC: مبتلایان به SCC مری، معمولاً با بیماری پیشرفت‌تروکاهش وزن شدیدتر، مراجعه نموده و سابقه مصرف الکل و سیگار دارند.

■ اقدامات تشخیصی

● Barium Swallow: معمولاً اولین تست تشخیصی برای بررسی علت دیسفارزی، بلع باریوم است. در بلع باریوم، غالباً تنگی مری به همراه نقص پرشدگی تامنظام (Filling defect) دیده می‌شود.

● CT-Scan: معمولاً برای ارزیابی میزان گسترش تومور و نیز مشاهده غدد لنفاوی غیرطبیعی از CT-Scan استفاده می‌شود. هرچند CT-Scan به تنهایی برای اثبات تهاجم تومور به ساختارهای اطراف مناسب نیست، چرا که نمی‌تواند بین التهاب موضعی و تهاجم واقعی تومور افراق بدهد.

● آندوسکوپی: برای تأیید بافتی بدینه انجام آندوسکوپی و بیوپسی الزامی است.

● EUS: برای تعیین عمق تهاجم تومور، از EUS استفاده می‌شود. همچنین EUS در لوكاليزه کردن غدد لنفاوی مشکوک مجاور مری و آسپیراسیون آنها از طریق FNA، کمک‌کننده است (شکل ۱۲-۳).

● بروونکوسکوپی: در تومورهای قسمت پروگزیمال و میانی مری، جهت درگیری تراکتوبرونشیال، بروونکوسکوپی انجام می‌شود.

● PET-Scan: ترکیب PET و CT-Scan برای تشخیص متاستازهای دوردست مناسب است. علاوه بر غدد لنفاوی، متاستاز دوردست به کبد و ریه شایع است.

■ مثال یک زن ۵۰ ساله به علت سوزش شدید سردل و برگشت غذا در وضعیت درازکش بعد از غذا خوردن به درمانگاه مراجعه نموده است؛ علائم بیمار با مصرف درازمدت داروهای PPI، تحت کنترل بوده، ولی هم اکنون تمایل به جراحی آنتی ریفلکس دارد. BMI ۲۲/۴ است. مفیدترین تست جهت پیش‌بینی رفع علائم بعد از جراحی کدامیک از موارد زیر است؟ (پرتوست لارنس)

- (الف) مانومتری مری
- (ب) CT-Scan
- (ج) مانیتورینگ pH ۲۴ ساعته
- (د) آندوسکوپی فوقانی

الف ب ج د

■ مثال در برخورد با بیمار مبتلا به بیماری ریفلکس گاستروزاوفازیال (GERD)، وجود هر کدام از موارد زیر جزء اندیکاسیون‌های جراحی می‌باشد. (پرانتزی میان دوره - دی ۹۹)

- (الف) در صورتی که اقدامات مراقبتی نگهدارنده شکست خورده باشد.
- (ب) هنگامی که بیمار نمی‌تواند داروهای مهارکننده پمپ پروتون (PPI) را تحمل کند.
- (ج) وجود سابقه خانوادگی کانسر مری
- (د) بروز مری بارت با دیسپلазی بالا

الف ب ج د

کارسینوم مری

■ انواع هیستولوژیک: سرطان مری دو نوع هیستولوژیک دارد. اگرچه هر دو نوع پیش‌آگهی ضعیفی دارند و مشابه هم درمان می‌شوند، اما اتیولوژی، اپیدمیولوژی و ویژگی‌های آناتومیک آنها با هم تفاوت‌های زیادی دارد.

● کارسینوم سلول سنتکفرشی (SCC)

۱- تا همین اواخر، SCC شایع‌ترین سرطان مری در آمریکای شمالی و اروپا بود؛ اما امروزه آدنوکارسینوم شایع‌تر است.

۲- SCC در آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار و مودان ۴ برابر شایع‌تر است.

۳- SCC عمدها در قسمت پروگزیمال و میانی مری دیده می‌شود، هرچند می‌تواند قسمت دیستال را نیز درگیر کند.

۴- ریسک فاکتورهای SCC مری، عبارتند از:

● مصرف الکل و تنبکو (ریسک فاکتورهای اصلی)

● میزان بالای نیتروزامین در رژیم غذایی

● کمیودهای تغذیه‌ای برخی از ویتامین‌ها و مواد معدنی (مانند سندروم Plummer-Vinson)

● استعداد ژنتیکی (مانند Tylosis)

● آشالازی

● سابقه آسیب مری با مواد سوزاننده

● آدنوکارسینوم

۱- در حال حاضر، آدنوکارسینوم شایع‌ترین سرطان مری در آمریکای شمالی و اروپا است.

۲- شیوع آدنوکارسینوم در سفیدپوستان بیشتر است.

۳- آدنوکارسینوم قسمت دیستال مری را درگیر می‌کند و با مری بارت ناشی از GERD ارتباط دارد.

۴- هرچند در ارتباط مری بارت و آدنوکارسینوم مری اختلاف نظر وجود ندارد، اما نقش PPIs و جراحی‌های آنتی ریفلکس جهت کاهش پیشرفت مری

| جدول ۱۲-۳. معیارهای تشخیص مراحل اولیه سرطان مری و پائین تر Stage IIa) | | | | | | | | |
|---|-------|----|----|----|--------------|-----------------|----------------------|------|
| محل تومور | Grade | M | N | T | | | | |
| آدنوکارسینوم نیست | | T2 | Ja | M0 | تمام گردیدها | اطلاعی در دسترس | آدنوکارسینوم | |
| مرحله IIa و پائین تر | | | | N0 | | پائین تر | مرحله IIa و پائین تر | |
| هر محلی که باشد | | | | | | | تمام گردیدها | SCC |
| هر محلی که باشد | | | | | | | G1 | M0 |
| قیمت تحثیتی مری | | | | | | | M0 | N0 |
| | | | | | | | T2-3 | T2-3 |
| | | | | | | | G2-3 | M0 |
| | | | | | | | | N0 |
| | | | | | | | | T2-3 |

■ درمان نئوادجوان

● **هدف:** از آنجایی بسیاری از موارد کانسر مری در مراحل پیشرفته تظاهر می‌یابند، هدف از درمان نئوادجوان، کاهش Stage تومور و بهبود بقای بیمار پس از جراحی است.

● **اتریخشی:** بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که نتایج کمورادیوتراپی نئوادجوان به همراه جراحی بهتر از جراحی به تنهایی است. بیشترین میزان بهبود بقا در بیمارانی دیده می‌شود که پاسخ کامل به درمان نئوادجوان می‌دهند و در نمونه حاصل از رزکسیون، هیچ تومور باقیمانده‌ای دیده نمی‌شود. استفاده از کمورادیوتراپی نئوادجوان هنوز مورد بحث می‌باشد.

● **روش انجام:** پروتکل درمان نئوادجوان شامل یک دوره ۵-فلورویوراسیل و سیس‌پلاتین به همراه ۴۵ Gy رادیاسیون در طی ۶ تا ۷ هفته است. جراحی رزکسیون تومور، یک ماه پس از اتمام کمورادیوتراپی انجام می‌شود.

■ درمان تسکینی (Palliative)

● **هدف:** در بیمارانی که در مراحل انتهایی قرار دارند، هدف از درمان تسکینی، رفع دیسفاژی شدید و انسداد است.

● **کمورادیوتراپی:** کمورادیاسیون یکی از درمان‌های تسکینی مؤثر بوده و اثر آن معمولاً پایداری بیشتری دارد. اثر کمورادیاسیون سریعاً ایجاد نگردیده و به چند هفته زمان نیاز دارد.

● **آندوسکوپی:** اکثر روش‌های آندوسکوپیک موجب رفع سریع علائم شده اما خطر عوارضی مثل پروفوراسیون بیشتر است. همچنین ممکن است آثار آنها مدت زیادی دوام نداشته باشد.

۱- اتساع آندوسکوپیک: با استفاده از دیلاتورها یا بالون می‌توان دیسفاژی بیمار را سریعاً بهبود بخشد. این روش‌ها آسان و در دسترس هستند اما مدت اثر آنها کوتاه است و ریسک پروفوراسیون مری وجود دارد.

۲- استنت‌گذاری: استنت‌های فلزی قابل اتساع برای درمان ضایعات انسدادی به کار بردہ می‌شوند. استنت‌ها می‌توانند علائم بیمار را به سرعت بهبود ببخشند اما نیاز به تخصص و تجربه دارند. عود علائم انسداد ممکن است در عرض چند ماه پس از کارگذاری استنت رخ دهد که نیاز به مداخله مجدد دارد.

۳- درمان با لیزر: این روش با ریسک بالای پروفوراسیون همراه هستند.

۴- فتودینامیک‌تراپی: در این روش، از مواد حساس‌کننده به تور استفاده شده و سپس با فتوتراپی موضعی، تومور تخریب می‌شود. با توجه به عمق نفوذ کم نور لیزر، خطر پروفوراسیون کمتر بوده اما حجم تومور تخریب شده نیز اندک است.

■ **سرطان مری Staging:** در تومورهای Stage IIa و پائین تر، تهاجم موضعی تومور اندک بوده و درگیری لنفاوی و متاستاز وجود ندارد. افتراق بین مراحل اولیه و پیشرفته سرطان مری بسیار مهم است؛ چرا که بقای ۵ ساله برای مراحل I و IIa، حدود ۵۰٪ یا بالاتر است؛ در حالی که این میزان برای مراحل IIb تا IV، کمتر از ۳۰٪ است (جدول ۱۲-۳).

■ **درمان جراحی:** رزکسیون جراحی بهترین درمان علاج بخش برای سرطان مری است. نتایج رزکسیون علاج بخش مری همچنان ضعیف بوده و بقای ۵ ساله حدود ۲۰٪ است. تنها در تومورهایی که در مراحل اولیه قرار دارند (تومورهایی که درگیری لنفاوی نداشته یا پس از کمورادیوتراپی نوادجوان پسرفت قابل توجهی نشان می‌دهند)، بقای طولانی مدت بیشتر از ۵۰٪ است. اساس جراحی کارسینوم مری، رزکسیون کامل تومور به همراه بازسازی مری با استفاده از بخش‌های دیگر GI است.

■ **جایگزین‌های مری:** در صورت رزکسیون مری، می‌توان از معده، کولون و زرزنوم برای بازسازی مری استفاده کرد.

● **معده:** شایع‌ترین عضوی که به عنوان جایگزین مری استفاده می‌شود، معده است. در حین جراحی، شریان‌های گاستریک چپ و گاستریک کوتاه جدا می‌شوند و درنتیجه، فوندوس معده به راحتی به قفسه سینه یا گردن منتقل می‌شود. در این وضعیت، خونرسانی معده از طریق شریان‌های گاستریک راست و گاسترودئونال صورت می‌گیرد. از آنجایی که در حین رزکسیون مری، عصب و اگ قطع می‌گردد، برای تسهیل تخلیه معده، پیلورومیوتومی هم انجام می‌شود.

● **کولون چپ:** پس از معده، دومین عضوی که به عنوان جایگزین مری استفاده می‌شود، کولون چپ است. قبل از جراحی، بیمار باید کولونوسکوپی و آنژیوگرافی احشایی شود تا از فقدان پاتولوژی و نیز وجود خونرسانی کافی کولون اطمینان حاصل گردد.

● **زرزnom:** از زرزنوم به ندرت به عنوان جایگزین مری استفاده می‌شود. معمولاً از زرزنوم به عنوان یک گرافت آزاد (Free graft) به ویژه در موارد رزکسیون مری گردنی استفاده می‌شود.

! **توجه!** در مواردی که ازوفاراکتومی دیستال به همراه گاسترکتومی توتال انجام می‌شود، می‌توان از روش Y-Roux-en-Y برای بازسازی لوله گوارش استفاده کرد.

■ **روش‌های جراحی:** دو رویکرد جراحی برای رزکسیون مری وجود دارد که شامل توراکوتومی و روش توانس‌هیاتال است.

● **رویکرد توراکوتومی:** این رویکرد از گذشته روش استاندارد برداشتن مری بوده است و رزکسیون تومور در این روش تمیزترو با دید مستقیم تر صورت می‌گیرد. اما این روش موربیدیتی بیشتری نسبت به برش شکمی دارد. شایع‌ترین روش توراکوتومی، روش ایورلوبیس بوده که در آن از یک بوش شکمی به همراه یک برش توراکوتومی راست استفاده می‌شود.

! **توجه!** برای تومورهای دیستال مری که به معده گسترش یافته‌اند، از برش توراکوتومی‌های چپ استفاده شده و تومور به صورت En block رزکت می‌شود.

● **رویکرد ترانس‌هیاتال:** در این روش، از برش توراکوتومی استفاده نمی‌شود؛ لذا برای بیمارانی که عملکرد ریوی ضعیف یا سابقه جراحی مازور توراکس دارند، مناسب‌تر است. در رویکرد ترانس‌هیاتال یک برش گردنی و یک برش شکمی زده می‌شود. این روش برای تومورهای موضعی محدود که دیستال مری را درگیر کرده‌اند (و اغلب در همراهی با مری بارت دیده می‌شوند)، مناسب است.

پروفوراسیون مری



آسیب مری گودنی

■ ایتولوژی

- ۱- اغلب آسیب‌های مری گردتی ناشی از مداخلات آندوسکوپیک به ویژه در محل اسفنکتر کریکوفارنژیال است.
- ۲- تروماهای نافذ به گردن

■ فیزیوپاتولوژی: نگرانی اصلی در پروفوراسیون مری گردتی، سپسیس است. عفونت می‌تواند به سرعت از مری گردتی به فضای رتروویسرا (در پشت مری و قدام فاسیای پره‌ورتبرال) و ازانجا به مدیاستن خلفی گسترش باید و سبب مدیاستینیت خلفی نزولی گردد.

■ تظاهرات بالینی: علائم اولیه آسیب مری گردتی شامل درد هنگام بلع و فلکسیون گردن است. تندرنس گردن و کریپتاسیون ممکن است وجود داشته باشد.

■ تشخیص

- ۱- آسیب مری گردتی و نیاز به جراحی معمولاً با کمک شرح حال، معاینه و گرافی ساده مطرح می‌شود.
- ۲- در X-ray ساده، هوا در فضای رتروویسرا رویت گردیده که ممکن است به پائین گسترش یافته و سبب ایجاد پنومومدیاستن شود.
- ۳- مثبت شدن ازوفاگوگرام با باریوم ضروری نبوده؛ زیرا در ۲۰٪ موارد پروفوراسیون مری گردتی، ممکن است این تست منفی باشد.

■ درمان

- ۱- درمان آسیب مری گردتی شامل آنتی‌بیوتیک‌های وریدی، دبریدمان جراحی و درناز است.
- ۲- دبریدمان جراحی از طریق برش گردتی در نزدیک محل آسیب انجام می‌شود. در حین جراحی، دبریدمان و درناز فضای رتروویسرا باید انجام شود و در صورت گسترش عقونت به پائین، مدیاستن خلفی فوقانی نیز باید درناز گردد.
- ۳- اگر بیمار به مدت طولانی نتواند غذا بخورد، باید لوله گاستروستومی کارگذاری شود.
- ۴- می‌توان بخش آسیب‌دیده مری را به صورت اولیه ترمیم کرد اما این اقدام ضروری نیست؛ چرا که بسیاری از آسیب‌های مری گردتی با درناز کافی، محدودیت تغذیه از راه دهان و فقدان انسداد در دیستال مری، به طور خودبه‌خود، ترمیم می‌شوند.
- ۵- در صورت وجود آسیب هم‌زمان تراشه، باید یک فلب عضلانی پایه دار بین مری و تراشه قرار داده شود تا از تشکیل فیستول تراکنوزاوفارنژیال جلوگیری شود.



آسیب مری توراسیک

■ ایتولوژی

- ۱- اغلب پروفوراسیون‌های مری توراسیک به دلیل انجام مداخلات روی مری به ویژه پس از دیلاتاسیون انسداد دیستال مری (مانند تنگی پیتیک) رخ می‌دهند.

■ مثال شایعترین کارسینوم مری کدام گزینه است؟

(پرانتزی اسفند ۹۷ - دانشگاه آزاد اسلامی)

- الف) آندوکارسینوما
ب) SCC
ج) سارکوم نسج نرم

الف ب ج د

■ مثال مرد ۶۰ ساله‌ای با دیسپلی گردید، به دلیل تومور قسمت دیستال مری با پاتولوژی آندوکارسینوم مراجعه کرده است. جهت مرحله‌بندی بیماری در مرحله اول کدام اقدام توصیه می‌شود؟ (دستیاری - تیر ۱۴۰۰)

- الف) سونوگرافی آندوسکوپیک
ب) CT-Scan قفسه سینه و شکم
ج) MRI قفسه سینه

الف ب ج د

■ مثال دقیق‌ترین تست جهت ارزیابی عمق نفوذ کانسر مری کدام است؟

(پرانتزی میان دوره - آذر ۹۷)

- الف) PET-Scan
ب) CT-Scan
ج) آندوسونوگرافی

الف ب ج د

■ مثال خانم ۶۵ ساله مورد آندوکارسینوم مری جهت انجام عمل جراحی ارجاع داده شده است. از لحاظ کلینیکی بجز شکایت از دیسپلی به جامدات مشکل دیگری نداشته است. در CT-Scan انجام شده نیز تنها ضخیم شدگی مری در بخش‌های میانی و تحتانی مری به طول تقریبی ۵ سانتی‌متر بدون درگیری غدد لنفاوی گزارش شده است. هیچ ممتازی در سینه و شکم نیز مشاهده نشده، در سایر بررسی‌ها FEV1=1.1 llt و EF=55% و LFT طبیعی بوده است؛ ایده‌آل ترین درمان برای این بیمار کدام است؟ (ارتفاعهای جراحی دانشگاه شیراز - تیر ۱۴۰۰)

- الف) Field esophagectomy
ب) ازوفاگوتومی ترانس هیاتال
ج) گذاشتن استنت و کمورادیاسیون
د) کمورادیاسیون

الف ب ج د

■ مثال خانم ۶۰ ساله مبتلا به دیسپلی، آندوسکوپی می‌شود. در آندوسکوپی، تومور ناحیه کاردیا دارد، جواب پاتولوژی آندوکارسینوما می‌باشد. در EUS، درگیری زیرمخاطی و لنفتود پری‌گاستریک دارد. اقدام درمانی مناسب کدام است؟ (ارتفاعهای جراحی دانشگاه گیلان و مازندران - تیر ۹۷)

- الف) عمل ازوفاگوگاسترکتومی توtal و کولون اینترپوزیشن
ب) عمل ازوفاگوتومی توtal و گاستریک Pull up
ج) ابتدا نتواد جوان تراپی شروع شده و سپس عمل جراحی
د) عدم نیاز به جراحی و انجام شیمی درمانی و رادیوتراپی

الف ب ج د

■ مثال در جراحی کانسر مری شایعترین جایگزین مورد استفاده کدام است؟ (پرانتزی میان دوره - خرداد ۱۴۰۰)

- الف) معده
ب) کولون عرضی
ج) زشنوم
د) کولون نزولی

الف ب ج د



شکل ۱۲-۴. پارگی مری. به خروج ماده حاجب محلول در آب از مری توجه کنید.

مثال مرد ۳۸ ساله‌ای به علت استفراغ شدید و مکرر در طی چند ساعت گذشته، دچار درد پشت استرنوم شده است. در گرافی قفسه سینه، آمفیزم مدیاستن دیده می‌شود. علائم حیاتی Stable است. بهترین روش تشخیصی کدام است؟
(پراترنسی اسفند ۹۷ - قطب ۵ کشوری [دانشگاه شیراز])

الف) ازوفاگوگرام با ماده حاجب
ب) MRI
ج) CT-Scan قفسه سینه بدون ماده حاجب
د) ازوفاگوسکوپی

الف ب ج د



فتق‌های هیاتال

تعریف: به فتق معده و یا سایر احشاء شکم به داخل قفسه سینه از طریق هیاتوس مری در دیافراگم، فتق هیاتال گفته می‌شود.

انواع: ۴ نوع فتق هیاتال وجود دارد:

• **فتق هیاتال نوع I (فتق اسلامیدینگ):** فتق هیاتال نوع I، یک فتق لغزشی (اسلامیدینگ) بوده که طی آن، محل اتصال معده به مری (GEJ) از طریق هیاتوس مری وارد قفسه سینه می‌شود. این نوع، شایع‌ترین فتق هیاتال بوده و معمولاً با GERD همراهی دارد.

• **فتق هیاتال نوع II (پارازوفاژیال واقعی):** در این نوع، معده از طریق لیگامان فرنزازوفاژیال ضعیف شده، به داخل قفسه سینه پرولاپس پیدا می‌کند، اما GEJ در داخل شکم باقی می‌ماند.

• **فتق هیاتال نوع III:** این فتق، ترکیبی از فتق هیاتال نوع I و نوع II است (یعنی هم بخشی از معده و هم GEJ وارد قفسه سینه می‌شوند).

• **فتق هیاتال نوع IV:** در این نوع فتق، سایر احشاء شکمی مانند کولون یا طحال به داخل قفسه سینه وارد می‌شوند (شکل ۱۲-۵).

۲- پارگی خودبه‌خودی مری دیستال می‌تواند ناشی از آغ‌زدن و استفراغ شدید باشد که به آن، سندروم Boerhaave گفته می‌شود.

■ **ظاهرات بالینی:** پارگی مری توراسیک غالباً با علائم سپسیس حد تظاهره می‌یابد و با درد قفسه سینه، دیسترس تنفسی و افیوزن پلوره‌های است. معمولاً سابقه دستکاری مری یا استفراغ شدید وجود دارد.

■ **تحمیله:** بیمارانی که با سندروم Boerhaave مراجعه می‌کنند، به دلیل نشست محتویات مری و معده به فضای قفسه سینه، علائم شدید تر و پیش‌آگهی بدتری دارند.

■ **تشخیص افتراقی:** بیماری مالوری ویس مانند سندروم Boerhaave متعاقب استفراغ شدید رخ می‌دهد؛ اما در بیماری مالوری ویس، پارگی در محل اتصال مری به معده بوده و تمام ضخامت مری را درگیر نمی‌کند. بیماری مالوری ویس معمولاً با خونریزی گوارشی فوقانی تظاهر پیدا می‌کند.

■ **تشخیص:**
۱- اولین قدم، گرفتن X-ray ساده بوده که در آن پتومومدیاستن و پلورال افیوزن مشاهده می‌شود.
۲- ازوفاگوگرام یا CT-Scan با ماده حاجب جهت تشخیص گستردگی آسیب و عفونت کمک‌کننده است (شکل ۱۲-۴).

■ **درمان طبی:** درمان غیرجراحی تنها باید در مواردی انجام شود که پروفوراسیون محدود در گردن یا مدبیاستن بوده و بیمار Stable باشد. درمان‌های غیرجراحی شامل موارد زیر هستند:

- ۱- تجویز آنتی‌بیوتیک
- ۲- درناز با NG-Tube
- ۳- تعبیه لوله دیستال جهت تغذیه (مانند گاستروستومی یا ژژونوستومی) یا تغذیه وریدی (TPN)

■ **درمان جراحی**

- ۱- به جز موارد استثناء (که در بالا ذکر گردید)، بیمارانی که دچار پارگی مری می‌شوند باید تحت جراحی فوری قرار گیرند.
- ۲- اصول جراحی در پارگی مری شامل دبریدمان بافت‌های آلوه، ترمیم دولایه مری در لایه مخاطی و عضلانی و تقویت مری با استفاده از یک فلپ عضلانی از عضلات بین‌دنده‌ای است.

- ۳- بیماری‌های زمینه‌ای مری نیز باید درمان شوند، مثل:
الف) میوتومی جهت درمان آشالازی
ب) دیلاتاسیون تنگی‌های فیبروتیک
ج) ازوفاژکتومی، درناز با T-tube یا استنت‌گذاری برای کارسینوم انسدادی مری

- ۴- اگر حال عمومی بیمار به قدری بد باشد که نتواند جراحی ترمیم مری را تحمل کند، می‌توان از روش Exclusion مری استفاده کرد. در این روش، اقدامات زیر انجام می‌شود:
الف) بستن قسمت بالا و پائین محل آسیب مری با Stapler
ب) ازوفاگوستومی گردنی جهت درناز مری گردنی
ج) تعبیه لوله ژژونوستومی جهت تغذیه
د) درناز گستردگی و دبریدمان موضعی

در این حالت، امکان کانالیزه شدن مجدد مری به صورت خودبه‌خودی وجود دارد و یا می‌توان بعد از بهبود حال عمومی بیمار، مری را با استفاده از معده، کولون یا ژژونوم بازسازی کرد.

- ب) جایجا کردن مری توراسیک به داخل شکم به طوری که ۲ نا ۳ سانتی متر از طول مری در داخل شکم باشد.
- ج) بستن نقص دیافراگم بدون **Tension** (با یا بدون استفاده از مش قابل جذب)
- د) فوند اپلیکاسیون
- ۳- در بیماران مُسن و ناتوان که کاندید جراحی طولانی نیستند، جالندازی ساده فقط به کمک لایپروسکوپی به همراه فیکس کردن معده (گاستروپکسی) برای کاهش علائم فرق قابل انجام است.

مثال بیماری مبتلا به **دیسفاری** شده است. در گرافی قفسه صدری بیمار، **هوای معده در قفسه صدری** مشاهده می شود. تشخیص بیماری چیست؟
 (پرانترنی شهریور ۹۵ - قطب ۷ کشوری [دانشگاه اصفهان])

الف) آشالازی
 ب) هرنی پارا佐وفازیال
 ج) هرنی اسلایدینگ
 د) کانسر مری

الف ب ج د

مثال مرد جوانی با درد اپی گاسترو هماتمز گهگاه مراجعه کرده است. در بررسی انجام شده، در محل طبیعی خود **Gastroesophageal Junction** دیده می شود و **فوندوس** معده به موازات مری رؤیت می گردد. کدام مورد صحیح است؟
 (پرانترنی اسفند ۹۴ - قطب ۱ کشوری [دانشگاه گیلان و مازندران])

الف) بیمار جهت جراحی معرفی می شود.
 ب) کاهش وزن حدود ۱۰ کیلوگرم و سپس آندوسکوپی مجدد
 ج) درمان با مهارکننده های پمپ پروتون
 د) کنترل خونریزی با آندوسکوپی و پیگیری بیمار

الف ب ج د



آشالازی

پاتوژن: آشالازی نوعی اختلال اولیه و یک بیماری دژنراتیو شبکه عصبی میانتریک (أرباخ) بوده که موجب از بین رفتن اعصاب مری شده و به دنبال آن، عدم توانایی شل شدن LES و فقدان حرکات پریستالتیک در مری رخ می دهد.

تظاهرات بالینی: شکایت اصلی بیماران مبتلا به آشالازی، دیسفاری پیشرونده به مواد جامد و سپس مایعات و نیز رگوژیتاسیون است.

تشخیص افتراقی

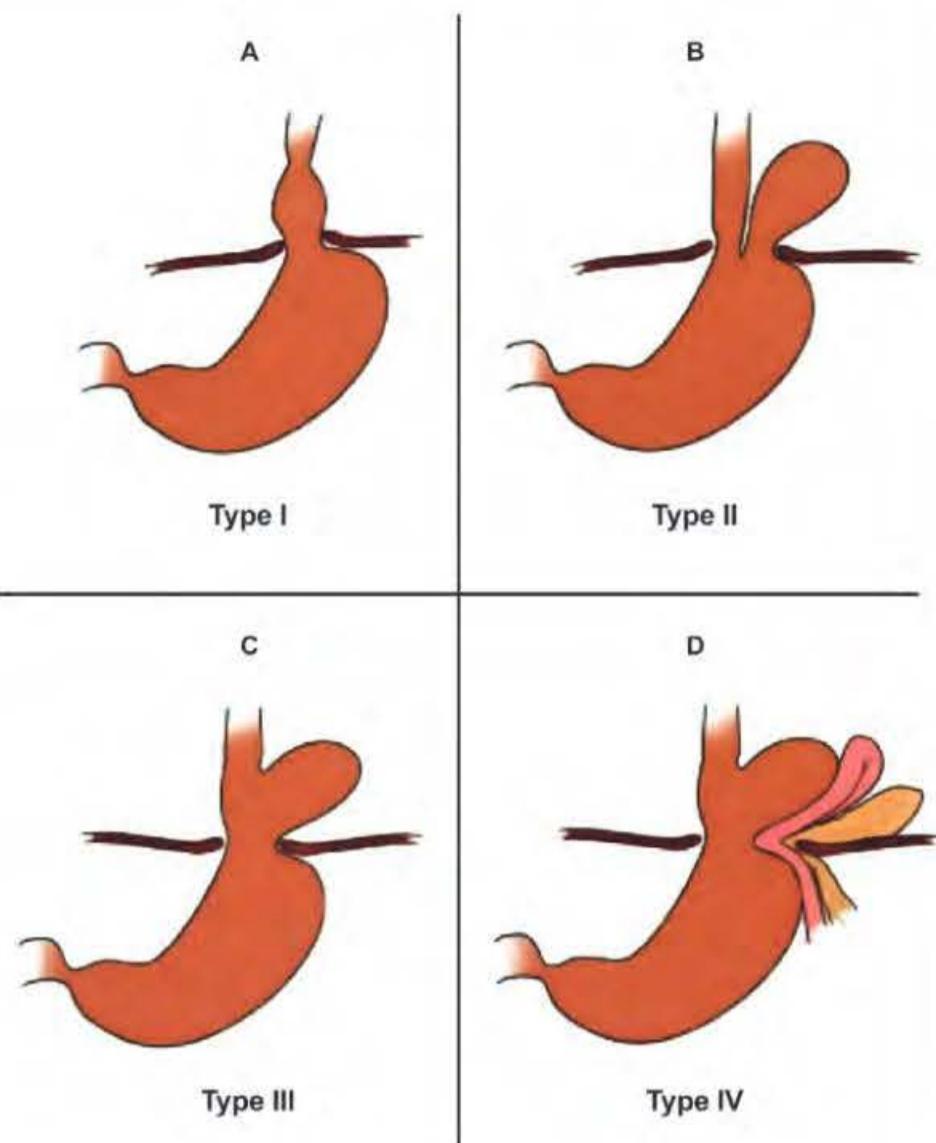
۱- بسیاری از بیماران رگوژیتاسیون نیز دارند که ممکن است به اشتباه تشخیص **GERD** برای آنها گذاشته شود.

۲- کارسینوم مری می تواند سبب انسداد دیستال و اتساع بخش پروگزیمال مری شود که به این حالت، آشالازی کاذب (سودآشالازی) گفته می شود.

تشخیص

Barium Swallow: آشالازی معمولاً به کمک **Barium Swallow** تشخیص داده می شود. در این تست، باریک شدن قسمت انتهایی مری به شکل نمای کلاسیک «منقار پرنده» دیده می شود (شکل ۱۲-۶).

مانومتری مری: در مانومتری، عدم توانایی شل شدن LES در هنگام بلع به همراه فقدان حرکات پریستالتیک طبیعی مری وجود دارد.



شکل ۱۲-۵. انواع فتق های هیاتال

تشخیص

Chest X-Ray: در رادیوگرافی ساده، سطح مایع- هوا در مدیاستان یا سمت چپ قفسه سینه دیده می شود که به نفع فتق معده است.

تصویربرداری GI فوکانی با کنتراست: روش استاندارد طلایی برای تشخیص فتق های هیاتال است.

CT-Scan: انجام آن، برای تشخیص فتق ضروری نیست.

درمان

فقق هیاتال نوع I

۱- فتق های نوع I بی علامت را می توان تحت نظر گرفت؛ چرا که ریسک اینکارسیشن تدارد.

۲- در فتق های نوع I در صورت وجود علائم **GERD**، جراحی اندیکاسیون دارد که نوع عمل مشابه جراحی های آنتی ریفلکس است.

فقق هیاتال نوع II: درباره درمان فتق های نوع II اختلاف نظر وجود دارد. برخی پزشکان به علت خطر استرانگولیشن و ایسکمی، توصیه می کنند که موارد بی علامت فتق های پارا佐وفازیال، به صورت الکتیو جراحی شوند. چون خطر اینکارسیشن و استرانگولیشن اندک است، تحت نظر گرفتن دقیق و آموزش به بیمار می تواند جایگزین مناسبی برای جراحی باشد.

درمان جراحی

۱- درمان جراحی فتق های هیاتال (از هر نوعی که باشند) زمانی اندیکاسیون دارد که علامت دار شوند. این علائم شامل درد پس از خوردن غذا، دیسفاری، دیس پنه و **GERD** هستند.

۲- در حین جراحی باید اقدامات زیر انجام شود:

الف) جالندازی کامل ساک فتق

- ب) رینگ مری
د) تنگی پپتیک
- الف) سرطان مری
ج) آشالازی

الف ب ج د

مثال آقای ۳۲ ساله‌ای به علت **دیسفارزی شدید** مراجعه کرده است.
در باریوم سوالو، **Bird's beak sign** گزارش شده است. اقدام مناسب کدام است؟
(دستیاری - تیر ۱۴۰۰)

- الف) Heller myotomy ب) Injection Botulinum toxin
Transhiatal esophagectomy د) Balloon dilation
- الف ب ج د



شکل ۱۲-۶. نمای منقار پرنده در آشالازی

اختلالات پریستالتیک ماژور و مینور مری

حرکات غیرمؤثر مری (IEM): این بیماری اغلب بی علامت بوده اما می‌تواند با دیسفارزی ظاهریابد. بیماری IEM درمان خاصی ندارد اما داروهای پروکتیک مری که حرکات مری را افزایش می‌دهند، گاه‌آموفقیت آمیز بوده‌اند.

اختلالات اسپاستیک مری: دو بیماری زیر در این گروه قرار دارند:

۱- اسپاسم دیستال مری

۲- انقباض بیش از حد مری (مری Jackhammer)

علامت بالینی: علائم این دو بیماری شامل دیسفارزی و درد قفسه سینه غیرقلبی است.

درمان: این دو اختلال با نیترات‌ها و کلسیم بلوکرها قابل درمان هستند. میوتومی طولانی مری نیز موجب بهبود علائم می‌شود.

دیورتیکول‌های مری

به بیرون زدگی از دیواره مری، دیورتیکول گفته می‌شود. دیورتیکول‌های مری به ۲ دسته کلی تقسیم می‌شوند:

دیورتیکول‌های فشاری (Pulsion)

اپیدمیولوژی: این دیورتیکول‌ها شایع‌تر بوده و تقریباً همیشه با اختلالات حرکتی مری همراه هستند.

محل ایجاد: دیورتیکول‌های فشاری معمولاً در قسمت پروگزیمال یا دیستال مری قرار دارند.

نوع دیورتیکول: در این دیورتیکول‌ها، تنها مخاط و زیرمخاط دچار بیرون زدگی شده و لایه عضلانی درگیر نیست؛ لذا، دیورتیکول کاذب در نظر گرفته می‌شوند.

دیورتیکول‌های کشش (Traction)

محل ایجاد: این دیورتیکول‌ها معمولاً در قسمت میانی مری قرار دارند و در اثر کشش ناشی از واکنش التهابی غدد لنفاوی موضعی بر روی دیواره مری ایجاد می‌شوند.

نوع دیورتیکول: این دیورتیکول‌ها تقریباً همیشه با اختلالات حرکتی مری همراه هستند. از آنجایی که در این دیورتیکول‌ها، تمام لایه‌های دیواره مری (از جمله لایه عضلانی) دچار بیرون زدگی می‌شوند؛ لذا، دیورتیکول حقیقی محسوب می‌گردد.

آندوسکوپی: در تمام بیماران مشکوک به آشالازی باید آندوسکوپی انجام شود تا سایر علل احتمالی انسداد دیستال مری (مانند کارسینوم) Rule out گردد.

درمان: از آنجایی که علت زمینه‌ای اصلی آشالازی قابل درمان نیست، اقدامات درمانی جهت کاهش اسپاسم LES و کاهش علائم بیمار صورت می‌گیرند.

درمان طبی: در برخی موارد، ابتدا از نیترات خوراکی یا زیرزبانی و یا کلسیم بلوکرها قبل از صرف غذا جهت کاهش علائم استفاده می‌شود؛ اما این داروها تقریباً هیچگاه موجب بهبود طولانی مدت علائم نمی‌شوند.

دیلاتاسیون پفوماتیک با بالون از طریق آندوسکوپی: این روش، مؤثرترین درمان غیرجراحی آشالازی است. اثراً آن چند ماه تا چند سال باقی می‌ماند ولی غالباً لازم است که دیلاتاسیون چند بار تکرار شود. مهم‌ترین عارضه این روش، پرفوراسیون است.

ترریق توکسین بوتولینوم به LES با آندوسکوپی: هرچند میزان موفقیت آن اندک است.

میوتومی جراحی (Miyotomy Heller): از آنجایی که در بیماران جوان، به دنبال دیلاتاسیون‌های مکرر، خطر پرفوراسیون زیاد است، در این گروه، درمان جراحی روش ارجح بوده و میوتومی هلوکه اغلب به روش لاپاروسکوپی انجام می‌شود، روش انتخابی است. بسیاری از جراحان تمایل دارند تا میوتومی را حداقل ۲ تا ۳ سانتی‌متر به سمت معده ادامه دهند. همراه با میوتومی، باید فوندالپلیکاسیون نیز انجام گردد تا از ایجاد علائم ریفلاکس جلوگیری شود.

میوتومی آندوسکوپیک از طریق دهان (POEM): می‌توان میوتومی را با کمک آندوسکوپی انجام داد. از آنجایی که در این روش فوندالپلیکاسیون انجام نمی‌شود، احتمال ایجاد ریفلاکس زیاد است.

مثال آقای ۳۵ ساله با دیسفارزی مراجعه نموده است. مشکل وی از یک سال قبل شروع شده است. دیسفارزی از ابتدا نسبت به **جامدات** و **سپس مایعات** بوده و طی این مدت نیز روند **افزايش يابنده** داشته است. کاهش وزن ندارد و سابقه خانوادگی وی منفی است. در باریم سوالو نشانه **Bird's beak** گزارش گردیده است. محتمل ترین تشخیص کدام است؟ (پرانتزی میان دوره - دی ۹۹)



دیورتیکول های اپی فرنیک

- **تعریف:** دیورتیکول های اپی فرنیک غالباً دیورتیکول های فشاری بوده که در $\frac{1}{3}$ دیستال مری ایجاد می شوند. (Pulsion)
- **اتیولوژی:** این دیورتیکول ها با اختلال عملکرد LES ارتباط دارند. همچنین می توانند به دنبال عوارض GERD مانند تنگی ایجاد شوند.
- **علائم بالینی:** علائم دیورتیکول های اپی فرنیک شبیه سایر دیورتیکول های مری بوده و شامل دیسفاری، رگورزیتاسیون غذاهای هضم نشده و آسپیراسیون مخفی است.
- **تشخیص:** روش های تشخیصی شامل Barium Swallow و Mammogram مری (جهت تشخیص اختلالات حرکتی مری) است.
- **درمان:** بیماران علامت دار غالباً تحت جراحی قرار می گیرند. برای درمان دیورتیکول های اپی فرنیک معمولاً از توراکوتومی چپ استفاده می شود. پس از رزکسیون و ترمیم دیورتیکول، جهت جلوگیری از عود، تنگی مری تحت دیلاتاسیون قرار می گیرد یا میوتومی گسترده دیستال مری انجام می شود.



دیورتیکول های قسمت میانی مری

■ اتیولوژی

- ۱- این دیورتیکول ها، غالباً دیورتیکول های حقیقی بوده و با بیماری های التهابی غدد لنفاوی پاراتراکتال که ناشی از سل، هیستوپلاسموز یا کانسرریه می باشند، همراهی دارند.
- ۲- دیورتیکول های فشاری (Pulsion) نیز ممکن است در قسمت میانی مری ایجاد شوند و معمولاً با اختلالات حرکتی مری (مانند اسپاسم دیستال مری یا آشالازی) ارتباط دارند.

■ علائم بالینی:

- دیورتیکول های قسمت میانی مری معمولاً بی علامت بوده و نیاز به اقدامی ندارند. در صورت ایجاد فیستول به تراشه یا عروق خونی مجاور، ممکن است علائم تنفسی یا خونریزی رخ دهد.

■ درمان:

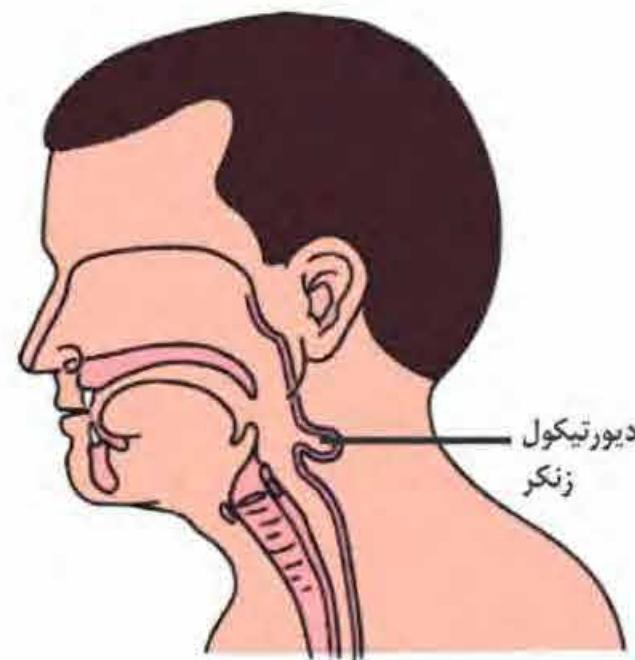
- دیورتیکول های میانی مری معمولاً بی علامت بوده و نیاز به اقدامی ندارند. درمان جراحی شامل خارج کردن دیورتیکول و ترمیم ساختارهای مجاور است. معمولاً جهت جلوگیری از عود و بهبود ترمیم، یک فلپ بافتی نیز در محل گذاشته می شود.

- مثال** مرد ۵۰ ساله ای بدون بیماری خاصی به علت درد اپی گاستر، Upper GI Contrast study شده است و دیورتیکول نیمه میانی مری مشاهده می گردد؛ چه اقدامی جهت دیورتیکول لازم است؟
- (ارتفاعه جراحی دانشگاه شهید بهشتی - تیر ۹۶)

- الف) pH مانیتورینگ ۲۴ ساعته
ب) ازو فاگوسکوپی Rigid
ج) مامومتری مری
د) نیاز به اقدامی نمی باشد.

الف ب ج د

پادداشت



شکل ۷-۱۲. دیورتیکول زنکر

دیورتیکول زنکر

- **تعریف:** دیورتیکول زنکر نوعی دیورتیکول فشاری (Pulsion) بوده که در مری گردشی رخ می دهد (شکل ۷-۱۲).

- **اتیولوژی:** دیورتیکول زنکر غالباً با اختلال در مثلث عضله کریکوفارنژیوس (اسفنکتر فوکانی مری) در هنگام بلع همراه بوده که موجب انسداد و پیرون زدگی مخاط و زیر مخاط قسمت پروگزیمال مری می گردد.

- **محل قرارگیری:** دیورتیکول زنکر در قسمت خلفی بین هیپوفارنگس و مری و در بالای عضله کریکوفارنژیوس ایجاد می شود.

- **ایضد میولوژی:** بیماران معمولاً افراد سالخورد بوده و ممکن است پس از TIA یا Stroke مغزی دچار اختلال بلع شده باشند.

■ علائم بالینی

- ۱- برگشت (رگورزیتاسیون) غذاها و قرص های تازه خورده شده و هضم نشده
- ۲- دیسفاری
- ۳- احساس خفگی
- ۴- بوی بد دهان

- **تشخیص:** برای تشخیص از Barium Swallow استفاده می شود. آندوسکوپی لازم نبوده؛ ولی اگر انجام شد باید با احتیاط کامل صورت پذیرد چرا که ریسک پرفوراسیون وجود دارد.

- **درمان:** بیماران علامت دار تحت جراحی میوتومی کریکوفارنژیال به همراه دیورتیکولکتومی یا دیورتیکولوپکسی قرار می گیرند.

- مثال** آقای ۷۰ ساله ای به علت دیسفاری تحت بررسی قرار می گیرد. باریم سوالو پیرون زدگی مخاطی با سایز حدود ۵ سانتی متر، درست بالای اسفنکتر فوکانی گزارش می کند و آندوسکوپی مری طبیعی است. اقدام مناسب کدام است؟

- الف) Myotomy + Diverticulectomy
ب) Diverticulectomy
ج) Diverticulopexy
د) Myotomy

- الف) Diverticulectomy
ب) Diverticulopexy
ج) Myotomy
د) Myotomy

الف ب ج د