

گزارش فراوانی برگشت مواد غذایی از معده به مری همراه با التهاب مری در کودکان بزرگتر از ۲ سال مراجعه کننده به بخش گوارش بیمارستان ابودر اهواز دی ماه ۱۳۷۷ لغایت مهر ماه ۱۳۷۹

دکتر بشیر جمیلی*

خلاصه:

برگشت مواد غذایی از معده به مری^۱ یکی از شایعترین اختلالات بالینی است که دستگاه گوارش شیرخواران و کودکان را مبتلا می کند. عوارض بیماری در سنین بالاتر از شیرخواری به صورت مزمن بوده و شدیدتر هستند. مطالعات کمی در مورد بررسی این اختلال در کودکان پس از ۲ سالگی وجود دارد. علائمی که حدس برگشت مواد غذایی از معده به مری را در کودکان ایجاد می کنند نادر نیستند و آگاهی از این علائم می تواند در تشخیص زودرس این بیماری و جلوگیری از عوارض شدیدتر مفید باشند. هدف از این مطالعه گزارش برگشت مواد غذایی از معده به مری و التهاب مری ناشی از آن در سنین پس از ۲ سالگی و شکایات و علائم منجر به تشخیص آن است. در مدت ۲۲ ماه (دی ۷۷ لغایت مهر ۷۹) جمعاً ۳۶ مورد برگشت مواد غذایی از معده به مری در ۱۹۹ بیمار بزرگتر از ۲ سال که جهت آنها آندوسکوپی فوقانی دستگاه گوارش انجام شد تشخیص داده شد. علل منجر به انجام آندوسکوپی فوقانی در این ۱۹۹ بیمار عبارت بودند از ۸۴ شکم درد مزمن (۴۲/۵٪)، ۴۸ استفراغ خونی (۲۴٪)، ۳۴ استفراغ مزمن (۱۷٪)، ۱۱ مورد ملنا (۵/۵٪)، ۷ مورد عدم رشد کافی (۳/۵٪)، ۳ مورد پنومونی مکرر (۱/۵٪)، و ۱۲ مورد متنوع دیگر (۶٪). در ۳۶ مورد (۲۰ مذکر) از این بیماران هنگام آندوسکوپی محو شدن خط z (محل اتصال مری به معده) دیده شده بود. نتیجه بیوپسی از مری بیماران تایید کننده برگشت مواد غذایی از معده به مری بود. علل منجر به آندوسکوپی در بیماران عبارت بودند از: استفراغ مزمن (۴۱/۵٪) با متوسط زمان ۲۶ ماه، شکم درد مزمن (۳۶٪)، تاخیر در رشد (۸/۵٪)، پنومونی مکرر (۸/۵٪) و استفراغ خونی (۵/۵٪). در ۱۶ بیمار (۴۴٪) عارضه شدید به صورت التهاب شدید مری وجود داشت و علاوه بر آن یک مورد مری بارت^۲ نیز تشخیص داده شده بود که سن کلیه بیماران بیشتر از ۶ سال بود. درمان با Cisapride و منع کننده گیرنده H₂ یا امپرازول^۳ داده شده بود. ۲ بیمار بعد از ۴ ماه به درمان طبی پاسخ نداده و به جراح معرفی شده بودند. کلیه ۳۴ بیمار باقیمانده بعد از ۶ ماه هیچگونه شکایت و علامتی از بیماری اولیه نداشتند. با تشخیص به موقع و درمان مناسب می توان از این عوارض جلوگیری کرد.

واژه‌های کلیدی: برگشت مواد غذایی از معده به مری، کودکان بزرگتر از ۲ سال، ازوفازیت، عوارض شدید

* استادیار دانشگاه علوم پزشکی اهواز

- 1- Gastroesophageal Reflux
- 2- Barret's esophagus
- 3- Cimetidine
- 4- Omperzole

دریافت مقاله: ۷۹/۴/۲۸ دریافت مقاله اصلاح شده: ۸۰/۳/۲۶ اعلام قبولی: ۸۰/۸/۱

Scintigraphy، جهت تشخیص برگشت مواد غذایی از معده به مری می توان از آندوسکوپی فوقانی دستگاه گوارش و مطالعه وجود ازوفازیت استفاده کرد که با محو شدن خط Z تشخیص داده شده و با بیوپسی تایید می گردد. خط Z محل تبدیل مخاط مری به مخاط معده است که به رنگ صورتی یا قرمز دیده می شود در صورتیکه مخاط مری کم رنگ است و برگشت محتویات معده به مری باعث محو شدن این خط شده و التهاب قسمت های مختلف مری را می گیرد که بستگی به شدت رفلاکس دارد (۱۰). هدف از این تحقیق بررسی فراوانی برگشت مواد غذایی از معده به مری و ازوفازیت ناشی از آن در کودکان بزرگتر از ۲ سال است که با علائم گوارشی و غیر گوارشی جهت انجام آندوسکوپی فوقانی به بخش گوارش بیمارستان ابوذر اهواز مراجعه کرده بودند و در حین آندوسکوپی با توجه به محو شدن خط Z در مری جهت آنها بیوپسی از مری گرفته و با پاسخ آسیب شناسی تشخیص التهاب مری به علت برگشت مواد غذایی از معده به مری در آنها تایید شده بود. علت انجام این تحقیق در این طیف سنی این است که با توجه به متنوع و متفاوت بودن علائم و نیز مزمن و شدیدتر بودن عوارض ایجاد شده به علت برگشت مواد غذایی از معده به مری در کودکان با سن بیشتر از ۲ سال که تشخیص و درمان را در آنها مشکل می سازد با مطالعه نتایج حاصل از این تحقیق بتوان به تشخیص زودرس این بیماری کمک و از عوارض شدیدتر در سالهای بعد جلوگیری کرد. پیشینه تحقیق مشابهی در این طیف سنی تاکنون در دانشگاه علوم پزشکی اهواز وجود ندارد و این موضوع نیز از دلایل انجام این تحقیق است.

برگشت مواد غذایی از معده به مری یکی از شایعترین اختلالات بالینی است که دستگاه گوارش در شیرخواران و کودکان را مبتلا می کند و در دو دهه اخیر از نظر تشخیص و درمان پیشرفت زیادی در مورد آن انجام شده است. برگشت مواد غذایی از معده به مری دوره و پیش آگهی متفاوتی با توجه به زمان ایجاد آن دارد. عوارض شایع این عارضه در دوره شیرخوارگی و کودکی تاخیر در رشد^۱ بر اثر کاهش دریافت کالری، پنومونی مکرر بر اثر آسپیراسیون مکرر مواد معده و برنشیت مزمن و مهمتر از همه ازوفازیت هستند (۳-۱). این عوارض در بیماران بزرگتر از ۲ ساله شدیدتر هستند. در دوران شیرخواری علائم و عوارض برگشت مواد غذایی از معده به مری و شیوع آن مشخص است ولی شیوع و علائم و شکایات آن در کودکان پس از دوران شیرخواری نامشخص است و می تواند به اشکال مختلف از جمله علائم گوارشی و تنفسی خود را نشان بدهد (۴). دیده شده است که برگشت مواد غذایی از معده به مری علاوه بر علائم مختلف گوارشی می تواند به عنوان عاملی برای ایجاد تنگی زیر گلو^۲ خروسک راجعه، آپنه، سرفه مزمن، لارنگومالاسی، سینوزیت، التهاب گوش میانی و برونشیت مزمن دخالت بکنند (۵). این عارضه در بعد از دوران شیرخواری تمایل به مزمن شدن و ایجاد تنگی مری و مری بارت دارد که در حالت اخیر اپیتلیوم سنگفرشی مری به اپیتلیوم استوانه ای معده تبدیل می شود. این حالت طبق آمار در ۱۳٪ افرادی که ازوفازیت دارند دیده می شود و شانس تبدیل آن به بدخیمی وجود دارد (۹-۶). علاوه بر پرتونگاری بخش فوقانی دستگاه گوارش با مایع حاجب^۳، مانومتری مری، اندازه گیری اسیدیته مری و

1- Failure to thrive

2- Subglotic

3- Upper GI series

روش کار:

شده ۱۹۹ بیمار سن بالاتر از ۲ سال داشتند. در ۳۶ بیمار از این ۱۹۹ بیمار هنگام انجام آندوسکوپی فوقانی التهاب مخاط مری همراه با محو شدن خط Z (محل اتصال مری به معده که بالای آن رنگ پریده و پایین آن صورتی یا قرمز می باشد) دیده شده بود. از همگی این ۳۶ بیمار بیوپسی از چند نقطه مری گرفته و جهت پاتولوژی فرستاده شده بود. این ۳۶ بیمار در مطالعه حاضر شرکت داده شدند. اطلاعات مورد نیاز از پرونده های بیماران و دفتر مخصوص واحد آندوسکوپی که همگی توسط نگارنده مقاله ثبت شده بودند استخراج شدند. پیگیری بعدی بیماران به مدت ۶ ماه از طریق مراجعه به درمانگاه وابسته به بخش گوارش بود.

نتایج:

علت انجام آندوسکوپی فوقانی در بیمارانی که نمونه مورد مطالعه از بین آنها انتخاب شده است در سنین کمتر و بالاتر از ۲ سال در جدول ۱ نشان داده شده است. ۱۹۹ مورد از این بیماران سن بالاتر از ۲ سال داشتند که در ۳۶ مورد از آنها هنگام آندوسکوپی تشخیص ازوفازیت گذاشته شده بود و با جواب بیوپسی از مری تشخیص تایید شد. علت انجام آندوسکوپی در این ۳۶ بیمار در نمودار ۱ نشان داده شده است. سن بیماران مورد مطالعه در نمودار ۲ نشان داده شده است پاسخ آسیب شناسی از بیوپسی مری این بیماران به صورت Thickened Squamous Epithelium همراه با ضخیم شده سلولهای بازال و در مواردی همراه با پلاسماسل و اتوزینوفیل در قسمت زیر مخاط بود که نشان دهنده ازوفازیت به علت برگشت مواد غذایی از معده به مری است. تغییرات شدید پاتولوژیک در

مطالعه به صورت بررسی پرونده ها برای مطالعه برگشت مواد غذایی از معده به مری و ازوفازیت ناشی از آن در کودکان بزرگتر از ۲ سال صورت گرفت. بیماران مورد مطالعه از مجموع ۲۸۷ بیمار (۱۵۱ پسر ۲ ماهه الی ۱۴ ساله و ۱۳۶ دختر ۴ ماهه الی ۱۳ ساله) که از دی ماه ۱۳۷۷ لغایت مهر ۱۳۷۹ به علل مختلف مثل شکم درد مزمن، استفراغ خونی، عدم رشد کافی و غیره توسط نگارنده مقاله در واحد آندوسکوپی بیمارستان کودکان ابوذر اهواز جهت آنها آندوسکوپی فوقانی^۱ انجام شده بود انتخاب شدند. وسیله انجام آندوسکوپی دستگاه فایبروپتیک اولیم پوس^۲ کودکان بود. بررسی های تشخیصی اولیه از قبیل آزمایش ۳ الی ۵ مرحله ای مدفوع، آزمایش کامل و کشت ادرار، شمارش کامل خون محیطی و سونوگرافی شکم با توجه به امکانات موجود جهت بیماران صورت گرفته بود. بیمارانی که با استفراغ خونی مراجعه کرده بودند بستری و پس از ثابت شدن علائم حیاتی جهت آنها آندوسکوپی انجام شده بود. سایر بیماران به صورت سرپائی و با تعیین وقت قبلی به علت اینکه تشخیصی برای آنها مسجل نشده بود آندوسکوپی شده بودند و ۲ الی ۳ ساعت پس از آن واحد آندوسکوپی را ترک کرده بودند. از بیهوشی عمومی استفاده نشده بود و در ۱۷ بیمار ۵ الی ۹ ساله به علت اضطراب بیش از اندازه از میدازولام وریدی به مقدار ۰/۱ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن استفاده شده بود. هیچگونه عارضه ای پس از انجام آندوسکوپی مشاهده نشده بود. از مجموع ۲۸۷ مورد آندوسکوپی فوقانی انجام

1- Esophagogastroduodenoscopy

2- Olympus Fiber optic

هستند و لازمست که با توجه به علائم بالینی نسبت به تشخیص بر گشت موادغذایی از معده به مری در طیف سنی بالاتر از ۲ سال جهت درمان آن و پیشگیری از این عوارض اقدام کرد (۱۱). در مطالعه ای که بر روی ۳۷ بیمار ۳ الی ۱۹ ساله انجام شد و از جهانی قابل مقایسه با مقاله حاضر است (۱۱) دیده شد که شایعترین علل منجر به انجام آندوسکوپی فوقانی در ۳۷ بیمار فوق استفراغ مزمن، شکم درد یا سینه درد، سوزش پشت جناغ سینه و بر گشت مواد غذایی به دهان^۱ بود. در ۶ بیمار (۱۶٪) از این بیماران ازوفاژیت شدید وجود داشت که در یک مورد مری بارت دیده شد. تمام بیماران فوق با داروهای پروکیتیک و کاهش دهندۀ اسید معده به مدت ۸ الی ۱۲ هفته درمان شدند که ۶۲٪ آنها به اولین دوره درمانی پاسخ مناسب دادند و در پیگیری های بعدی بدون علامت باقی ماندند ولی در بقیه آنها احتیاج به مداخله جراحی لازم شد (۱۱). از مقایسه مقاله حاضر با مقاله فوق دیده می شود که از نظر علائم منجر به تشخیص بر گشت مواد غذایی از معده به مری تفاوت مهمی وجود ندارد و عوارض ایجاد شده از نظر ازوفاژیت مشابه هستند و در صد موفقیت در درمان بیماران مورد مطالعه در این مقاله بیشتر و در حدود ۹۴٪ بود که شاید به علت پایین تر بودن سن بیماران مورد مطالعه (حداکثر ۱۴ سال در برابر ۱۹ سال) و تفاوت محیط جغرافیایی و سایر عوامل مربوط به افراد مورد مطالعه است. در مطالعه دیگری که در مورد ۱۰۳ بیمار کمتر از ۱۹ سال مبتلا به برگشت مواد غذایی از معده به مری انجام شد ۱۳ بیمار مبتلا به مری بارت دیده شد که در ۵ بیمار از این ۱۳ بیمار تنگی مری وجود داشت. علائم

۴۷٪ از بیماران مورد مطالعه گزارش شده بود. در یک بیمار ۶ ساله گزارش پاتولوژی مطابق با مری بارت بود. جهت بیمارانی که در سنین قبل از مدرسه بودند و قادر به بلع کپسول مهار کننده پمپ هیدروژن - پتاسیم (مثل امپرازول) نبودند از منع کننده های گیرنده H2 همراه با عوامل پروکیتیک (مثل Cisapride) استفاده شده بود و در سایر بیمارانی که قادر به بلع کپسول امپرازول بودند در مواردیکه ازوفاژیت شدید داشتند از این دارو و در سایر موارد از منع کننده گیرنده H2 و Cisapride استفاده شده بود. طول مدت درمان از ۲ ماه الی ۳/۵ ماه بود و در ۲ مورد تا ۴ ماه ادامه داده شد که به علت عدم پاسخ به جراح معرفی شدند. کلیه بیماران مورد مطالعه از زمان شروع درمان به مدت ۶ ماه از طریق مراجعه به نگارنده مقاله پیگیری شدند. تنها یکی از بیماران ۲/۵ ساله بعلاوه بیمار مبتلا به مری بارت به درمان طبی پاسخ نداده بودند که به جراح معرفی شده بودند. کلیه ۳۴ بیمار باقیمانده بعد از ۶ ماه هیچگونه شکایت و علامتی از بیماری اولیه نداشتند و لذا احتیاجی به آندوسکوپی فوقانی مجدد جهت آنها نبوده و بهبود یافته منظور شدند.

بحث:

برگشت مواد غذایی از معده به مری و التهاب مری ناشی از آن از اختلالات شایع دستگاه گوارش در شیر خواران و کودکان است و در صورتیکه در تشخیص آن تاخیر بشود و به صورت مزمن در بیاید عوارض زیادی برای فرد مبتلا ایجاد می کند که ایجاد مری بارت از مهمترین آنها است (۱۴). عوارض برگشت مواد غذایی از معده به مری در سنین بالاتر از ۲ سال به علت مزمن شدن شدیدتر

این عارضه با کمک شرح حال، شکایات و علائم، هر چه زودتر تشخیص و درمان بشود.

جدول ۱- علت انجام آندوسکوپی فوقانی در سن کمتر و بزرگتر از ۲ سال در ۲۸۷ بیمار

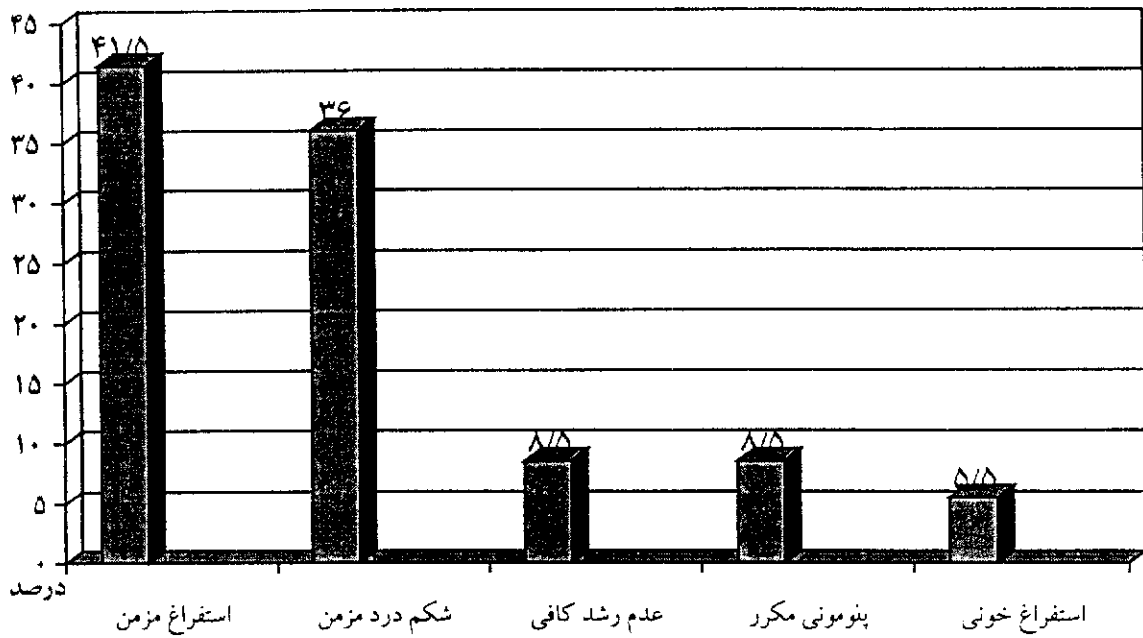
جمع	> ۲ سال	۲ سال	علت انجام EGD
۸۹	۸۴	۵	شکم درد مزمن
۷۹	۴۸	۳۱	استفراغ خونی
۴۵	۳۴	۱۱	استفراغ مزمن
۳۳	۷	۲۶	عدم رشد کافی
۱۳	۱۱	۲	FTT ملنا*
۹	۳	۶	پنومونی مکرر
۷	۲	۵	بلع ماده سوزاننده
۴	۴	۰	سیروز کبدی
۸	**۶	*۲	سایر موارد
۲۸۷	۱۹۹	۸۸	جمع

منجر به مراجعه بیماران و انجام آندوسکوپی فوقانی در آنها نیز مشابه با این مقاله بودند (استفراغ مزمن، درد شکم، ترس از خوردن غذا، بلع دردناک و سوزش پشت جناغ). تمام بیماران فوق سابقه برگشت مواد غذایی از دهان را در دوره شیر خواری ذکر می کردند (۱۲). کم بودن مری بارت در مقاله حاضر شاید به علت کم بودن بیماران مورد مطالعه است. در مطالعه دیگری که در مورد ۱۰۱ بیمار که مبتلا به علائم تنفسی بودند و در طی بررسی تنفسی از وفاگوسکوپی و بیوپسی نیز انجام شده بود دیده شد که ارتباط بسیار نزدیکی بین وجود علائم آندوسکوپی و هیستولوژی از وفاژیت به علت برگشت مواد غذایی از معده به مری با آسم، خروسک، عفونتهای مکرر تنفسی، سرفه مزمن، سینوزیت و سایر علائم تنفسی وجود دارد و عارضه ای از نظر آندوسکوپی نیز مشاهده نشد (۱۳). در مطالعه حاضر عفونتهای مکرر تنفسی در ۳ مورد (۵ / ۸٪) از علل انجام آندوسکوپی فوقانی بودند و به نظر می رسد که با توجه به شیوع آسم و سایر عفونتهای دستگاه تنفس در این شهر در مواردی که باید انتخابی و همراه با دلایل کافی باشند انجام آندوسکوپی فوقانی جهت بررسی وجود برگشت مواد غذایی از معده به مری در اینگونه بیماران ضرورت داشته باشد. در این بررسی از سایر روشهای تشخیصی به علت عدم وجود آنها استفاده نشده بود و امید می رود که سایر روشهای تشخیصی راه اندازی بشود تا قبل از انجام آندوسکوپی فوقانی از آنها استفاده بشود با توجه به عوارض شدید برگشت مواد غذایی از معده به مری در سنین پس از شیرخواری و بدتر شدن آنها با افزایش سن و احتمال ایجاد مری بارت که ممکنست به بدخیمی تبدیل شود لازم است که

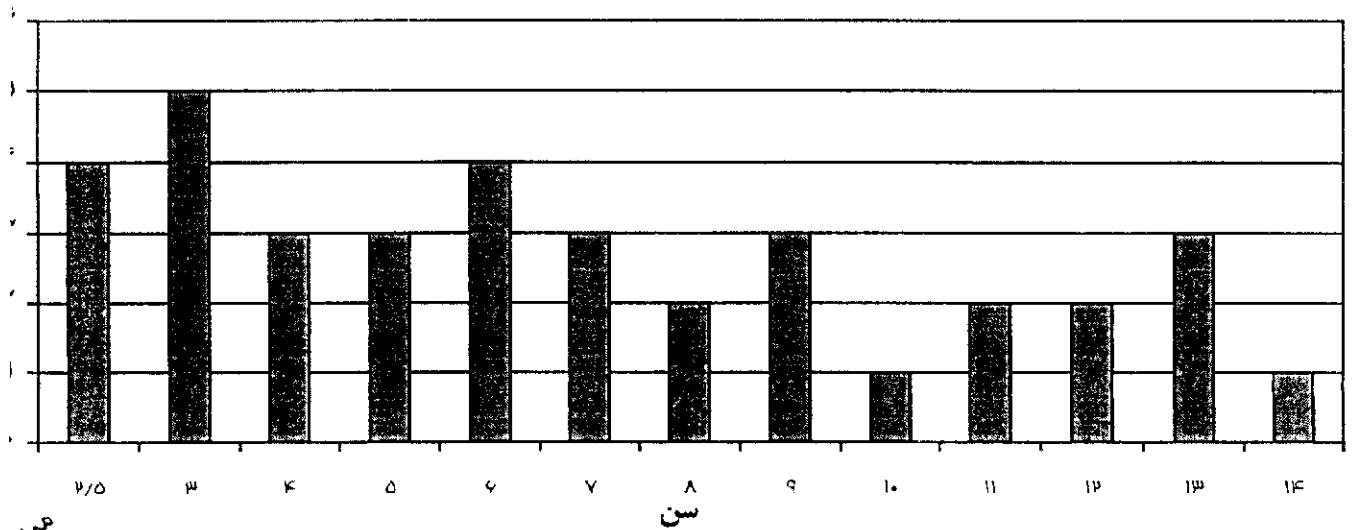
I- Melena

* عبارت بودند از: هیستوسیتوزیس همراه با استفراغ خونی، بلع جسم خارجی

** عبارت بودند از: سابقه زخم دوازدهه با درد اپیگاستر، سابقه عمل جراحی به علت پارگی معده، اصابت شیشه به گردن، سیلیاک تحت درمان، کاندید پیوند کلیه و عقب گردگی با درد شدید اپیگاستر.



نمودار ۱: علت آندوسکوپی فوقانی در ۳۶ بیمار مورد مطالعه



نمودار ۲: سن بیماران مورد مطالعه بر حسب سال

References:

- 1- Orenstein SR, Izadnia F, Khan S, Gastroesophageal reflux in children. *Gastroenterol Clin North Am* 1999; 98(4): 947 – 69.
- 2- Fonkalsrud , EW. Ament , ME. Gastroesophageal reflux in childhood. *Curr – Probl – Surg*. 1996; 33(1): 1 – 70.
- 3- Herbst JJ. Gastroesophageal Reflux (chalasia). In Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM. *Nelson Textbook of Pediatrics* 16th ed. USA, W. B. Saunders, 2000, 1125 – 6.
- 4- Nelson SP, Chen EH, Syniar GM, Christoffel KK, Prevalence of Symptoms of Gastroesophageal Reflux During Childhood, *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154(2): 150 – 4.
- 5- Halstead LA. Role of gastroesophageal reflux in pediatric upper airway disorders. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 120(2): 208 – 14.
- ۶- خاتمی، غ. رفلکس گاستروازوفاز. مسائل رایج طب اطفال (۱۶) زمستان ۱۳۷۳.
- ۷- نجفی، م. رفلکس گاستروازوفازیا در کودکان مجموعه مقالات یازدهمین همایش بین المللی بیماری های کودکان. مهر ماه ۱۳۷۸ ص ۴۲ – ۳۹.
- 8- Hillemeier A. C Gastroesophageal Reflux and esophagitis. In Walker WA, Durie PR, Hamilton IR. Eds. *Pediatric Gastrointestinal Disease*. 2nd ed. St Louis: Mosby 1996: 461 – 468.
- 9- Faubian WA Jr, Zein NN. Gastroesophageal reflux in infants and children. *Mayo – Clin – Proc*. 1998; 73(2): 166 – 73.
- 10- Schuman BM, Upper Gastrointestinal Endoscopy. In Haubrich WS, Schaffner F, Berk JE eds. *Bockus Gastroenterology*. 5th ed. Philadelphia: W. B. Saunders. 1995: 295 – 309.
- 11- Tolaymat N, Chapman DM. Gastroesophageal reflux disease in children older than two years of age. *WV Med J*. 1998; 94(1): 2 – 5.
- 12- Dahms BB, Rothstein FC. Barrett's esophagus in children: a consequence of chronic gastroesophageal reflux. *Gastroenterology* 1984, 86(2): 318 – 23.
- 13- Yellon RF, Conticchia J, Dixit S. Esophageal biopsy for the diagnosis of gastroesophageal – reflux – associated otolaryngologic problems in children. *Am J Med* 2000, 6, 108 suppl 4a: 1315 – 1385.
- 14- Yazbeck S. Sucking and swallowing disorders and disease of the esophagus. In Roy CC, Silverman A, Alagille D. eds. *Pediatric Clinical Gastroenterology*. 4th ed. St Louis: Mosby, 1995; 170 – 173.