



گزارش ۳۲۰۰ مورد از فاگوسکپی ریژید تشخیصی و درمانی در مدت ۱۱ سال

دکتر سید ضیاءالله حقی^۱، دکتر سید محمد معتمد الشریعتی^۲

دانشیار^۱، استادیار^۲، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

خلاصه

۳۲۰۰ بیمار مبتلا به دیسفاژی را در بیمارستان امید و قائم (عج) و با آندوسکوپ تحت بررسی قرار دادیم. در ۲۳۷۳ مورد رادیوگرافی بلع باریم قبلی که حکایت از این داشت که علت دیسفاژی سرطان مری می باشد. از وفاکوسکپی ریژید تحت بی حسی موضعی تشخیص رادیولوژی را تأیید کرد. یافته های ما حکایت از این داشت که در استان خراسان دیسفاژی تقریباً همیشه معادل کانسر مری است و طراحی و اجرا یک برنامه غربالگری در این رابطه کار عاقلانه ای است، همچنین ما معتقدیم که از وفاکوسکپی ریژید در مقایسه با نوع قابل انعطاف اگرچه که هزینه کمتری را دربر ندارد در دست یک فرد باتجربه روش مفید و کم خطری است.

اندوسکوپ ریژید قرار داده ایم. خلاصه ای از وضعیت بیماران در جدول ۱ ارائه شده است.

روش کار

در فاصله سالهای ۱۳۵۷ تا ۱۳۶۸، ۳۲۰۰ بیمار با شکایت دیسفاژی را در بیمارستان قائم (عج) و امید تحت بررسی با

جدول ۱- خلاصه وضعیت بیماران مورد مطالعه

تعداد کل	۳۲۰۰		
شغل	۴۴/۱۱% خانه دار	۲۹/۷۰% کشاورز	۱۲/۳ کارگر
تشخیص رادیولوژی	۲۸۰۰ بدخیم	۲۱۸ خوش خیم	۱۸۲ نرمال
تشخیص آندوسکوپ	۲۷۲۰ بدخیم	۲۵۶ خوش خیم	۲۲۴ نرمال
گزارش آسیب شناسی	۲۳۷۳ بدخیم	۲۷۹ خوش خیم	۲۸۹ نرمال
انواع بدخیمی	۷۷/۵ SCC%	آدنوکارسینوم	۵/۵%
موارد خوش خیم	۹۵/۲۲% ازوفازیت	۱% لیومیوم	۱/۶% مری بارت
محل ضایعه در مری	قسمت میانی ۱۶۲۱	مری تحتانی ۸۲۹	مری فوقانی ۵۵۲
هدف از آندوسکوپ	مورد تشخیصی ۳۰۱۸	مورد درمانی ۱۸۲	
جنس	مرد ۱۷۷۲ نفر	زن ۱۴۲۸ نفر	

انجام شد.

در گروهی که علت دیسفاژی یک ضایعه بدخیم بوده شایعترین ضایعه بدخیم کارسینوم اپیدرموئید مری و شایعترین محل گرفتاری یک سوم میانی مری بوده است (جدول ۲).

از این تعداد در ۳۰۱۸ مورد آندوسکوپی صرفاً جنبه تشخیصی داشته و در ۱۸۲ نفر بابت درمانی آندوسکوپی و سپس بوزیناز انجام شده است.

۵۵/۴ درصد بیماران مرد و ۴۴/۶ درصد زن بودند. آندوسکوپی در تمام موارد به صورت سرپایی و بایبی حسی موضعی

جدول ۲- گزارش آسیب‌شناسی آندوسکوپی انجام شده در بیماران مورد بررسی

تعداد کل			۳۲۰۰ نفر	
ضایعات خوش خیم	۲۷۹ نفر	۹۵٪ ازوفازیت	۱٪ لیومیوم	۱۵/۶ مری بارت
ضایعات بدخیم	۲۳۷۳ نفر	۷۷/۵٪ SCC	۵/۵٪ آدنوکارسینوم	۴/۵٪ اندیفرانسیه

می‌باشد ولی در یک نگاه دیسفاژی به دو دسته تقسیم می‌شود:

دیسفاژی حلقی دهانی و دیسفاژی مری وجود علائمی همچون اختلالات تکلمی و رگورژیتاسیون و سرفه به هنگام غذا خوردن در بیمارانی که دیسفاژی دارند از علائم اختصاصی دیسفاژی حلقی دهانی محسوب می‌شوند و در واقع عضلات درگیر در این بیماران عضلات مخطط می‌باشند. در جدول ۴ لیست شایعترین بیماریهایی که با دیسفاژی از این نوع همراه می‌باشد نشان داده شده است (۳).

مقایسه بین رادیوگرافی بلع باریم و آندوسکوپی در رابطه با تشخیص علت زمینه‌ای دیسفاژی نشان داده که آندوسکوپی در تعیین علت دیسفاژی و محل دقیق ضایعه از درجه صحت بالاتری برخوردار است (جدول ۳).

جدول ۳- مقایسه نتایج حاصل از بررسی بیماران

به روش رادیولوژی و آندوسکوپی

روش بررسی	بدخیم	خوش خیم	نرمال
رادیولوژی	۲۸۰۰	۲۱۸	۱۸۲
آندوسکوپی ریژید	۲۷۲۰	۲۵۶	۲۲۴
گزارش آسیب‌شناسی	۲۳۷۳	۲۷۹	۲۸۹

جدول ۴- شایعترین علل ایجاد دیسفاژی حلقی دهانی

آناتومیک	عصبی	اختلالات حرکتی
پرده‌های پست کریکوئید	سکته مغزی	دسترونی عضلانی
استنوز مهره‌های گردنی	پولیومیلیت	دسترونی میوتونیک
دیورتیکول هیپوفارنژیال	MLS	میاستنی گراو
تومورها	پارکینسون	دیسکینزی تاردیو
رادیوتراپی	فلج مغزی	

در حال حاضر اختلال در شل شدن اسفنکتر فوقانی مری در هنگام بلع شایعترین زمینه ایجاد دیورتیکولهای هیپوفارنژیال به حساب می‌آید. این دیورتیکولها در صورتی که به حجم قابل توجهی برسند علاوه بر ایجاد اسپیراسیون مکرر موجب دیسفاژی هم می‌توانند باشند. مطالعات مانومتریک حکایت از کاهش کمپلیانس اسفنکتر فوقانی دارد (۳).

کاربرد روزافزون رادیوتراپی در درمان تومورهای سرگردن باعث شده که با مکانیسمهای متعدد این بیماران از دیسفاژی شکایت

در بیمارانی که شواهد بالینی حکایت از این داشت که علت دیسفاژی آشالازی مری است روش تشخیصی انتخابی ما رادیوگرافی بلع باریم بود و به دلیل عدم دسترسی در هیچ‌کدام از بیماران این گروه مانومتري مری انجام نشده است.

در کمی بیشتر از ۸۵٪ از موارد علت دیسفاژی یک ضایعه بدخیم در مری بود. در مجموع در نیم درصد پروکاریسین مری و در نصف این موارد فوت ناشی از آندوسکوپی داشتیم.

بحث

دیسفاژی به معنای احساس گیر کردن غذا در مسیر طبیعی از دهان تا معده یکی از اختصاصی‌ترین علائم بیماریهای مری می‌باشد. در طیف وسیعی از بیماریها، دیسفاژی جز تابلو اصلی بیماری

حکایت از الگوی معیوب دارد تنها در ۵٪ موارد اختلال بلع به شکل کلینیکی در این بیماران بروز می‌نماید. در جدول ۵ انواع شایع بیماریهایی که با دیسفاژی مروی توأم می‌شود ذکر شده است.

نمایند. رادیوترایی از یک طرف باعث کاهش ترشح بزاق می‌شوند و از طرف دیگر جایگزین شدن بافت فیروز در عضلات مخطط موضعی موجب اختلال عملکرد این عضلات می‌شود. در حالی که در ۹۵٪ از مبتلایان با پارکینسون مطالعات ویدئو فلوروگرافیک

جدول ۵- شایعترین علل ایجاد دیسفاژی مروی

اختلالات حرکتی اولیه	اختلالات حرکتی ثانویه	علل مکانیکی	سایرین
اسپاسم منتشر مری	اسلکرودرمی	تنگی پپتیک	پرده‌های مروی
آشلازی	سایر بیماریهای کلانژن	خلقه شاتسکی	دیورتیکول مری
Nutrackre esophagus	بیماری شاگاس	کانسر	تومورهای خوش خیم
اسفنگتر تحتانی هیپرتانسیو			اجسام خارجی
اختلالات حرکتی غیراختصاصی			Medication induced

برخورد نمودیم که ابتلا همزمان به کانسر مری و معده داشتند.

در بررسی فعلی ما به مدد ریژید آندوسکوپي توانستیم با حساسیت بالای ۸۷٪ و با اختصاصیت ۹۳٪ ضایعات مکانیکی که منجر به ایجاد دیسفاژی در بیماران خودمان شده بود را تشخیص دهیم. عارضه بالقوه‌ای که این گروه از بیماران را تهدید می‌کند پارگی مری (۹، ۱۲) است.

این عارضه در مجموع و در ۱۵ نفر از بیماران ما رخ داد (نیم درصد).

۸ نفر از این گروه دچار نشت جزئی بوده و به درمانهای نگهدارنده که شامل درناژ حفره توراکس و مدیاستن و تجویز آنتی‌بیوتیک بود جواب مناسب داده و نیاز به توراکومی اورژانس پیدا نکردند. در باقیمانده ۷ نفر که همگی مبتلا به کانسر مری بودند توراکوتومی فوری انجام شد که ۵ نفر از این گروه به فاصله حداکثر ۷۸ ساعت بعد در تابلوی مدیاستینیت و سپسیس (sepsis) کنترل نشده فوت نمودند. ۳ نفر باقیمانده که تحت عمل جراحی به روش Ivor lewis قرار گرفته بودند یک مورد به علت انفارکتوس حاد میوکارد فوت نمود و ۲ نفر باقیمانده دچار فیستول بعد از جراحی شدند که به فاصله یک ماه بعد به علت عدم توانایی در کنترل مناسب فیستول فوت نمودند.

تلاشهای زیادی در سالهای اخیر در جهت تعیین میزان

شایعترین علت ایجاد دیسفاژی در منطقه خراسان ضایعات بدخیم و از همه شایعتر SCC مری می‌باشد. مبنای تشخیص در اکثریت موارد ظهور دیسفاژی می‌باشد و در واقع در چنین شرایطی تلاش برای درمان جراحی این بیماران با نیت کوراتیو اغلب به شکست است (۱۱، ۱۴). غربالگری بیماران با ریسک بالای ابتلا به کانسر مری و به خصوص در مبتلایان به کانسرهای ناحیه سر و گردن با استفاده از رنگ آمیزی با لوگل و سپس بیوپسی از مناطق مشکوک در واقع با این نیت انجام می‌شود که کانسر در مراحل زودرس تر تشخیص داده شود (۴، ۱۱).

نزدیک به یک قرن است که ازوفاگوسکوپي ریژید برای تشخیص بیماریهای مری استفاده می‌شود (۱۱، ۴). اگرچه ازوفاگوسکوپي ریژید اغلب با نیت تشخیصی انجام می‌شود بعضی مواقع جنبه درمانی دارد (۱، ۷، ۹، ۸، ۱۰، ۱۶).

گزارشات متعددی حکایت از این دارد که ریژید ازوفاگوسکوپي روشی کم‌خطر و مفید و حداقل به اندازه ازوفاگوسکوپي قابل انعطاف، حساس در تشخیص ضایعات مری می‌باشد (۲، ۴، ۵، ۶، ۱۳، ۱۵). واضح است که آندوسکوپي قابل انعطاف علاوه بر این که روش ساده‌تری می‌باشد و به وسیله بیمار بهتر تحمل می‌شود وضعیت معده بیمار را هم مشخص می‌نماید و اگرچه نادر است ما در بیماران خودمان به مواردی

انجام شد که نوع قابل انعطاف به اندازه امروزی در دسترس نبود. پرواضح است که آندوسکوپی نوع قابل انعطاف روشی راحت‌تر، با عوارض کمتر است که توسط بیمار بهتر تحمل می‌شود. با این وجود آندوسکوپی ریژید قسمت فوقانی دستگاه گوارش امروزه هم هنوز به عنوان یک ابزار درمانی (بوژیناز تنگیهای مری و خارج کردن اجسام خارجی گیر افتاده در مری، لیزر درمانی پالیا تویو کانسره‌های مری) و گاهی تشخیصی (کانسره‌های ثلث فوقانی مری) به کار گرفته می‌شود.

بیشرفت بیماری قبل از جراحی به کمک سی تی اسکن و سونوگرافی آندوسکوپی در دست انجام می‌باشد. در واقع هدف از این اقدامات انتخاب دقیقتر بیمارانی است که در مراحل ابتدایی‌تر بیماری به سر برده و قاعدتاً از درمان جراحی بیشترین بهره را خواهند برد.

نقاط ضعف آندوسکوپی ریژید به وسیله نوع قابل انعطاف برطرف شده است و بایستی به یاد داشته باشیم که تلاش ما در رابطه با تشخیص سرطان مری با آندوسکوپ ریژید در واقع در زمانی

REFERENCES

1. Aga - Mir - Salim, P Beck R, Endoscopic treatment of iatrogenic esophageal perforation, Laryngorhinology 2000 Jan: 79(1): 39-42.
2. Bingham BJ, Drake - Lee, Cheverton E. Pitfall in the assessment of dysphagia by fibreoptic oesophagogastrosopy, Ann R Coll Surg Engl. 1987 Jan: 69(1): 22-23.
3. Darrow DH, Harely CM, Evaluation of swallowing disorders in children. Otolaryngol Clin North Am 1998 June: 31(3): 405-18.
4. Glaws WR, Etkorn KB, Acomparision of rigid and flexible esophagoscopy in the diagnosis of esophageal disease: diagnostic accuracy, complication, and cost. Ann Oto Rhinol Laryngol 1996 Apr: 105(4): 262-6.
5. Kim MK, Deschler DG. Flexibl esophagoscopy as a part of routin panendoscopy in ENT resident and fellowship training. Ear Nose Throat J 2001 Jan: 80(1): 49-50.
6. Lang FJ < Grosjean P. The current state of bronchoesophagoscopy in otolaryngology > 1997 Nov: 76(11): 704-8.
7. Servisio ORL, Pisano G Extraction of foreign bodies with rigid esophagoscopy: Personal experience.
8. Matern U, Aschendroff A, Krebs A. Anew method for extracting wooden foreign bodies from the upper esophagos, Endoscopy 200 Dec: 32(12): 1002-3.
9. Nashef SA, Klein C. Foreign body perforation of normal esophagus. Eur J Cardiothorac Surg 1992 6(10): 565-7.
10. Panieri E, Bass DH. The management of ingested foreign bodies in children, a review of 663 cases. Trauma unit. university of cape town, south africa.
11. Ponc R, Kimmey MB Endoscopic therapy of esophageal cancer, division of gastroentrology, university of washington medical science, seatel, USA.
12. Ricchetti A Becker M. Internal carotid artery dissection following rigid esophagoscopy. Arch Otolaryngol Head and neck surg 1999 JUL: 125(7): 805-7.
13. Ricchie AJ. Diagnostic rigid and flexible oesophagoscopy in carcinoma of the oesophagus:

- A comparision. Thorax 1990 Dec: 48(12): 1289.
14. Sankar MY, Jofee SN. Endoscopic conatact Nd: YAG Laser resectional vapoisation in advanced malignant esophageal obstructuin: Am Surg 1991 Apr: 57(4): 259.
15. Schmidt H, Horman K. Tracheobroncosopy and esophagoscopy in otolaryngology. An assesment of current state. HNO 1998 Jul: 46(7): 643-50.
16. Scher J, Katon RM. Treatment of malignant esophageal obstruction with silicon coated metallic self expanding stent. Gasterointes Endosc 1992 Jan-Feb: 38(1): 7-11.