

الاضطرابات الحلقية البلعومية

CRICOPHARYNGEAL DISORDERS

دونا إ. مازياك، ف. غريف بيرسون

Donna E. Maziak, F. Griff Pearson

تشكل عسرة البلع الفموية البلعومية معقداً مرضياً، يتألف من صعوبة البلع في منطقة العنق، و يترافق غالباً مع ارتجاع (لمواد طعامية) أنفي أو فموي، استنشاق وتغير في الصوت. وعلى الرغم من كون معظم المرضى الذين يشكون من الاضطرابات السابقة يراجعون عيادة الأنف والأذن والحنجرة أو عيادة جراحة الصدر، إلا أنه من الصعب جداً تقييم هذه الأعراض بشكل دقيق. هناك طيف واسع من المسببات المرضية لعسرة البلع الفموية البلعومية، إلا أنها عادةً تحدث كنتيجة اضطرابات عصبية أو عضلية في المعصرة المريئية العلوية UES، كما أن الارتجاع المعدي المريئي والاضطرابات المريئية الحركية الأخرى يمكن أن تحدث أعراضاً تتوضع في منطقة العنق.

المسببات المرضية والتصنيف

Etiology & Classification

١- المسببات العصبية Neurogenic:

- المركزية: الحوادث الوعائية، التصلب المتعدد Multiple sclerosis، الضمور العضلي الجانبي التصلبي Amyotrophic lateral sclerosis، أمراض البصلة السيائية Bulbar disease، داء باركنسون، الأورام، الرضوض.
- المحيطية: الاعتلال العصبي الكحولي أو السكري Neuropathy، الأورام، الرضوض.
- ٢- الأسباب عضلية المنشأ: أمراض العضلات أو أمراض الصفيحة العضلية الانتهائية Endplate disease.
- ٣- اضطرابات المعصرة المريئية العلوية الوظيفية:
- مجهولة السبب، الاضطرابات الحلقية البلعومية الوظيفية المعزولة Isolated cricopharyngeal dysfunction.
- المترافقة مع الارتجاع البلعومي المريئي (رتج زنكر).
- ٤- أخطاء طبية Iatrogenic: تتلو الجراحة أو العلاج الإشعاعي.

- ٥- اضطرابات المريء البعيد الوظيفية: ناتجة عن الارتجاع المعدي المريئي، الاضطرابات الحركية المريئية المتنوعة، أو الناتجة عن انسداد ميكانيكي (التضيقات).
- ٦- أسباب ميكانيكية: ناتجة عن وجود آفة ما في العنق مسببة انضغاط داخلي أو خارجي المنشأ.
- ٧- أسباب نفسية المنشأ.

الاستقصاءات

Investigations

- ١- القصة المرضية والفحص الفيزيائي السريري: ليس من الضروري أن تتناسب طبيعة وشدة الأعراض السريرية مع المسببات الفعلية لهذا النوع من عسرة البلع، لذا يجب الأخذ بعين الاعتبار أهمية الخبرة السريرية والحكمة في تقييم مريض عسرة البلع الحلقية البلعومية.
- ٢- تصوير المريء باستخدام الفيديو Video esophagogram: وذلك لتحديد أي اضطراب وظيفي أو تشريحي في البلعوم الفموي وفي المريء العلوي أثناء التطور المبكر من عملية البلع.
- ٣- الدراسة التنظيرية Endoscopic examination: تبدأ الدراسة بالتنظير الشامل للبلعوم والبلعوم الفموي والمريء العلوي باستخدام منظار المريء الصلب، ثم تستكمل الدراسة بإجراء منظار المريء اللين لتحديد وجود أية تشوهات تشريحية أو أمراض أخرى مرافقة متوضعة في المعى الأمامي (كالأورام، التهاب المريء).
- ٤- دراسات وظيفة المريء Esophageal function studies: من الممكن استخدام دراسات ضغوط المريء Manometric studies لتقييم وظيفة جسم المريء والمعصرة المريئية السفلية لتأكيد أو نفي وجود اضطرابات حركية مريئية مرافقة، إلا أنه من الصعب جداً تقييم وظيفة المعصرة المريئية العلوية باستخدام دراسات ضغوط المريء وذلك بسبب الشكل التشريحي غير المتناظر لنصفي المعصرة من جهة، بالإضافة إلى وجود درجة من الحركة أثناء البلع من جهة أخرى، إلا أن التطور الحديث الذي يستخدم المحسات الصلبة Solidstate sensors أو أنابيب (قناطر) متعددة لإجراء الدراسة يمكن أن يقدم تشخيصاً أكثر دقة في المستقبل، كما أن دراسات حموضة المريء على مدى ٢٤ ساعة Ambulatory of 24 PH monitoring مفيدة في تقييم وجود الارتجاع المعدي المريئي الحامضي.
- ٥- تحري سلوكية المريء باستخدام النظائر المشعة Radionuclide transit studies: لا تجرى هذه الدراسة بشكل روتيني، فهي تزود بمعلومات حول كمية الأطعمة الصلبة أو السائلة التي تمر عبر المريء. ويحتاج هذا الاستقصاء إلى اعتماد من قبل مختلف المراكز العلاجية ليصبح أحد وسائل التشخيص الروتينية.

العلاج

Management

- من الضروري جداً وضع التشخيص الدقيق قبل البدء باستخدام العلاج، كما يجب علاج الأمراض المرافقة (كالجزر المعدي المريئي)، أو الأمراض الموضعية (كالأورام) بشكل مستقل. وبشكل عام، فإن العلاج المحافظ

وتوسيع المريء لهما دور ضئيل جداً في علاج عسرة البلع ذات المنشأ العصبي أو العضلي. كما أن هناك طائفة من المرضى الذين يتم اختيارهم بشكل انتقائي وحذر يمكن أن يستفيدوا من العلاج الجراحي (كخزغ العضلات Myotomy) وذلك لإنقاص المقاومة لعملية البلع ، ويستفيد من ذلك بشكل خاص المرضى المثبت لديهم وجود كل مما يلي : ارتفاع ضغط المعصرة المريئية العلوية ، عدم الاسترخاء التام لهذه المعصرة ، أو اضطراب وظيفي في المعصرة السابقة.

١ - خزغ المعصرة المريئية العلوية Upper esophageal myotomy : يمكن إجراء هذه الجراحة تحت التخدير العام أو الموضعي ، ويفضل المدخل الرقبى من الناحية اليسرى لمقاربة المريء الرقبى. يستخدم الغضروف الحلقى كعلامة لتحديد الوصل المريئي البلعومي ، يتم تبعيد الفص الدرقي الأيسر بواسطة الإصبع للإقلال من أذية العصب الحنجري الراجع الأيسر (المتوضع في الأخدود الرغامى المريئي). ويمتد خزغ العضلات عادة عبر العضلة الحلقية البلعومية (عضلة بارزة جداً في بعض الأحيان) لمسافة متنوعة (ولكنها لا تزال مشار جدال ونقاش) عادة ٤-٦ سم لتصل إلى الجزء العلوي من جسم المريء. ويرسل جزء من العضلات المخزوعة للفحص النسيجي. ويفيد وضع قثطرة بوجي ضمن لمعة المريء أثناء الجراحة في تسهيل العمل الجراحي.

لا تتطلب هذه الجراحة عادة "إدخال أنبوب أنفي معدي NG tube ، أو وضع أنبوب (Drain) لتصريف السوائل في الرقبة بعد الجراحة. يتم إجراء صورة ظليلة للمريء باستخدام مادة ذوابة في الماء (تتبع بإعطاء الباريوم الممدد) في اليوم التالي للجراحة للتأكد من عدم وجود أي تسريب من مخاطية المريء ، بعد ذلك يبدأ المريض بتناول السوائل عن طريق الفم وبالتدرج يتطور إلى استخدام الأطعمة الصلبة خلال ٢-٣ أيام ، وذلك قبل خروجه من المستشفى. أهم المضاعفات ذات الصلة بهذه الجراحة هي : رض العصب الحنجري الراجع ، أذية مخاطية المريء وينتج عن ذلك إلتان المنصف أو إلتان في العنق ، الناسور اللعابي ، الورم الدموي خلف البلعوم ، الاستنشاق.

النتائج

Results

أوردت التقارير نتائج جيدة إلى ممتازة في تحسين عملية البلع وذلك عند انتقاء المرضى بشكل دقيق وحذر. إلا أن وجود مسببات مرضية مختلفة لعسرة البلع هذه ، وعدم وجود طرق مرجعية معتمدة في تقييم عملية البلع ، إضافة إلى العدد القليل نسبياً من المرضى الذين يعانون من هذه المشكلة ، كل ذلك يجعل من الصعب تقييم نتائج العلاج الجراحي إلا أن ملاحظة وجود كل من : إتمام عملية البلع الذاتية التلقائية بشكل جيد ، حركة اللسان الجيدة ، التصويت الطبيعي ، غياب الرتة (الحبسة الكلامية) dysarthria. قد يكون مؤشراً على نجاح هذا العمل الجراحي في المستقبل.

للمزيد من القراءات

Further Reading

- Duranceau A. Pharyngeal and cricopharyngeal disorders. In: Pearson FG, Deslauriers J, Ginsberg RJ, Hiebert CA, McKneally MF, Urschel HC, eds. *Esophageal Surgery*. New York: Churchill Livingstone, 1995; 389.
- Ekberg O, Olsson R. The pharyngoesophageal segment: functional disorders. *Diseases of the Esophagus*, 1995;8: 252.
- Lerut T, Coosemans W, Cuypers P, DeLeyn P, Deneffe G, Migliore M, Van Raemdonck D. The pharyngoesophageal segment: cervical myotomy as therapeutic principle for pharyngoesophageal disorders. *Diseases of the Esophagus*, 1996; 9: 22.
- Orringer MB. Extended cervical esophagomyotomy for cricopharyngeal dysfunction. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 1980; 80: 669.