

رتوج المريء

ESOPHAGEAL DIVERTICULA

دونا إ. مازياك، ف. غريف بيرسون

Donna E. Maziak, F. Griff Pearson

يمكن للرتوج بنوعيهما الحقيقية والكاذبة أن تحدث على طول المريء، فالرتوج الحقيقية هي التي تحتوي على كامل طبقات المريء، أما الرتوج الكاذبة فهي التي تحتوي على الطبقة المخاطية فقط. تعتبر الرتوج الكاذبة (الاندفاعية) تظاهرة تشريحية تحدث كنتيجة نهائية لاضطرابات وظيفة المريء، بينما تكون الرتوج الحقيقية ثانوية للعمليات الالتهاية وتعرف بالرتوج الانجذابية.

الرتوج البلعومي المريئي (رتوج زنكر)

Pharyngoesophageal (Zenker's) Diverticulum

يعرف رتوج زنكر بأنه رتوج اندفاعي مكتسب يحدث على الخط الناصف الخلفي للبلعوم السفلي، بين الألياف العضلية المعترضة والمائلة للعضلة العاصرة البلعومية السفلية، وذلك نتيجة وجود ضعف في منطقة مثلث كيليان Killian's triangle، كما يعتقد بأنه يمكن أن يكون ناتجاً عن وجود اضطراب وظيفي إما في أعلى المريء أو في منطقة البلعوم الحلقي ويزداد حجمه بشكل سريع ومضطرد عادة.

يراجع مرضى رتوج زنكر بشكاية: عسرة بلع، ارتداد أو ارتجاع للمحتويات الطعامية غير المهضومة (القلس) واستنشاق رئوي مزمن، وقد يتمكن الطبيب من ملاحظة كتلة بالرقبة أثناء الفحص السريري. يكون التشخيص بالدراسات الظليلة للمريء وإجراء تنظير للمريء بمخدر شديد. من الصعب إجراء دراسات حركية المريء على المعصرة المريئية العلوية وبالتالي فإن النتائج لن تكون واضحة إلا أنه يمكن إجراء دراسات حركية المريء لنفي اضطرابات المعى الأمامي الحركية المرافقة. كما يجب تشخيص الجزر (الارتداد) المعدي المريئي المرافق لرتوج زنكر (والذي يلاحظ عند ١٠٪ من المرضى) وعلاجه قبل إجراء الجراحة. يعتبر العلاج الجراحي لرتوج زنكر شافياً ويجرى عادة بمقاربة جراحية في

الجهة اليسرى من العنق، ومن ثم إجراء خزع للعضلات الحلقية البلعومية وامتداد هذا الخزع إلى الناحية القريبة من المريء لمسافة ٢-٣ سم على الأقل، وهنا لا يزال امتداد الخزع تجاه الناحية البلعومية للمريء ماثراً للجدل. إذا كان الرتج كبيراً يتم استئصال وترميم المريء بخياطة عرضانية مع وضع قثطرة بوجي داخله والخياطة إما أن تتم يدوياً، وإما بشكل مريح أكثر باستعمال جهاز الخياطة الآلية (الستابلر). يفضل بعض الجراحين تثبيت الرتج إلى اللفافة أمام الفقرات أو إلى العضلات البلعومية. كذلك يبقى استئصال الرتج عن طريق منظار المريء ماثراً جدل وتعتمد هذه الطريقة على إزالة الحاجز الفاصل بين الجدار الخلفي للمريء والرتج البلعومي المريئي.

الرتج أوسط المريء

Midesophageal Diverticulum

تكون معظم رتوج أوسط المريء رتوج جذب، وهي عادة ثانوية لأمراض التهابية تحدث في المنصف (الأمراض الحبيبية: كالتدرن، داء النوسجات التي تصيب العقد اللمفية تحت المهماز الرغامي أو الكارينا). يمكن أن تحدث أحياناً مترافقة مع بعض الأمراض الالتهابية الحادة أو نتيجة وجود ناسور مريئي رغامي وتوسف (تظهرن، تقرن) مسار المجرى، هذه الرتوج عادة غير عرضية ما لم تحدث هناك مضاعفات، كحدوث الناسور، النزف أو تشكل الخراجات. وتستطب الجراحة باكراً لعلاج المضاعفات المرافقة وتتضمن الجراحة: استئصال الرتج، إغلاق جدار المريء وإغلاق النواسير المريئية في حال وجودها. ويجب الإشارة إلا أنه في حال ترافق الرتج مع وجود بعض الأورام الالتهابية فقد لا تكون هذه الأخيرة قابلة للاستئصال من الناحية التقنية (التكنيكية).

الرتوج أعلى الحجاب الحاجز

Epiphrenic Diverticulum

نادرة نوعاً ما، وهي عبارة عن رتوج دفعية مكتسبة تحدث بشكل خاص عند المسنين، وتتألف من تشكل كيسبي يحتوي على الطبقة المخاطية للمريء، ويبرز من خلال الطبقة العضلية، وذلك في الـ ١٠ سم الأخيرة من المريء. وغالباً ما تترافق مع الاضطرابات الحركية للمريء (كاللارتمخائية أو تشنج المريء المنتشر) و/ أو الجزر (الارتداد) المعدي المريئي.

وهناك تنوع واختلاف في المظاهر السريرية لهذا النوع من الرتوج، ولا توجد علاقة بين شدة الأعراض وبين حجم الرتوج، وأهم الأعراض: عسرة البلع، القلس (الارتداد الحامضي)، ألم الصدر، الاستنشاق الرئوي. وتختلف المعالجة فيما إذا كان الرتج عرضياً (بسبب وجوده أعراضاً هضمية معينة) أو غير عرضي، ففي الرتوج غير العرضية أو المترافقة مع أعراض بسيطة لا توجد أية ضرورة لأي إجراءات علاجية؛ حيث إن تطور نمو هذا النوع من الرتوج بطيئاً.

أما في الرتوج العرضية فيستطب إجراء التداخل الجراحي لها وتتضمن الجراحة: استئصال الرتج مع خزع عضلات المريء أسفل الرتج (لتصحيح الاضطرابات الحركية المرافقة)، وإن إضافة إجراء مضاد للجزر أثناء الجراحة لازال موضع نقاش.

للمزيد من القراءات

Further Reading

- Altorki N, Sunagawa M, Skinner DB. Thoracic esophageal diverticula: why is operation necessary? *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 1993; 105: 260.
- Benacci JC, Deschamps C, Trastek VF, Allen MS, Daly RC, Pairolero PC. Epiphrenic diverticulum: results of surgical treatment. *Annals of Thoracic Surgery*, 1993; 55: 1109.
- Fekete F, Vonns C. Surgical management of esophageal thoracic diverticula. *Hepato-gastroenterology*, 1992; 39: 97.
- Ferguson MK. Evolution of therapy for pharyngoesophageal (Zenker's) diverticulum. *Annals of Thoracic Surgery*, 1991; 51: 848.
- Mathieu HF, deBree R, Dagli SA, Snel AM. Endoscopic treatment of Zenker's diverticulum. *Diseases of the Esophagus*, 1996; 9: 12.