



## تحلیل و بررسی نقش ازوفاکوسکوپی، ضرورتها و ملاحظات آن در بیماریهای مری

مؤلف: دکتر سیاوش افشار

رئیس بخش داخلی مرکز پزشکی شهید مدرس - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

### خلاصه

امروزه ازوفاکوسکوپی از مهمترین روشهای تشخیصی-درمانی در بیماریهای مری است. ازوفاکوسکوپی در موارد مشاهده هر گونه دیسفاژی، علائم شدید رفلوازوفازیت خونریزی احتمالی از مری و موارد مختلف دیگری استفاده می شود، البته لازم است به موارد منع ازوفاکوسکوپی نیز توجه شود. همچنین معاینات و بررسیهای تخصصی قبل از انجام ازوفاکوسکوپی ضروری است.

موارد مختلفی از جمله کانسر مری، رفلوازوفازیت، اولسر بارت-ازوفازیت با منشاهای مختلف و آنومالیهای آناتومیک از این طریق قابل تشخیص است. در موارد مشاهده تغییر شکلهای مشکوک به نئوپلازی لازم است از ضایعات نمونه برداری شود. در هنگام انجام ازوفاکوسکوپی و بعد از آن توجه به عوارض احتمالی از جمله پرفوراسیون و خونریزی ضروری است.

### ● مقدمه

امروزه متجاوز از صدسال از زمان آغاز استفاده از روشهای ابتدایی ازوفاکوسکوپی می گذرد. شاید جالب باشد به این نکته اشاره کنیم که راهگشای پیدایش این روش برای استفاده در دید مستقیم از مری در اروپا نمایش فرودادن شمشیر بوسیله معرکه گیران اروپایی بوده است که سرانجام منجر به اختراع ازوفاکوسکوپ گردیده است. ازوفاکوسکوپهای اولیه ابزاری فلزی و غیرقابل انعطاف بوده اند که با الگوبرداری از روش فرودادن شمشیر معرکه گیران از آن استفاده می شد که البته کاری دشوار و پرخطر بوده و امکان انجام آن برای همه بیماران وجود نداشته و در موارد ممکن نیز فقط جهت معاینه بکار می رفته است. بعد از چندی یک آلمانی بنام هیرشویتس اولین گاستروسکوپ انعطاف پذیر را ساخت که از این وسیله نیز با تغییر وضع بیمار آنهم بطور محدود برای معاینه استفاده

می گردید.

از سالهای ۱۹۵۴ به بعد گاستروسکوپهای هدایت شونده به بازار راه پیدا کردند و با استفاده از این ابزار بود که تحول مهمی در معاینه مستقیم مری، معده و اثنی عشر بوجود آمد و این سیر تکاملی باز هم ادامه یافت تا زمان حاضر که آندوسکوپهای با قطر دو میلیمتر امکان معاینه مجاری صفراوی، ژوژنوم و ابتدای ایلئوم را نیز امکان پذیر نموده است. امروزه ازوفاکوسکوپی از مهمترین روشهای تشخیص و درمان در بیماریهای مری است و کارآیی فراوان آن در فراهم آوردن امکان دید مستقیم و کامل از داخل مری، نمونه برداری از ضایعات و انجام برخی اقدامات درمانی، آن را بعنوان یکی از مهمترین وسایل مورد نیاز متخصصین قرار داده است. از این روی در این مقاله سعی شده است تا با استفاده از

ضروری می باشد:

۱- بررسی وضع قلب و ریه بیمار، که در موارد وجود نارسائی های پیشرفته مزمن و یا حاد باید از ازوفագوسکوپي اجتناب کرد.

۲- انجام آزمایشهای PT - PTT - PLT زمان سیلان و انعقاد خون بخصوص در مواردی که بیوپسی پیش بینی شده است باید احتمال خطر پرفوراسیون و عمل جراحی بعد از آن همواره مدنظر باشد.

۳- پیش از ازوفագوسکوپي لازم است عکسبرداری از مری انجام شود، زیرا خطر پاره شدن دیورتیکول زنگر و یا پاره شدن جدار تومورال مری که گاه توسط نسج منتشر شده، به نای نیز سرایت کرده و نکروزه می باشد وجود دارد. در صورتیکه رادیوگرافی انجام شده باشد دقت و پیش بینی های لازم صورت گرفته تا منجر به بروز حادثه نگردد.

#### آماده سازی بیمار

ناشتا بودن بیمار حداقل شش ساعت قبل از ازوفագوسکوپي ضروری است. در مواردی که قرار است ازوفագوسکوپي بعنوان ابزاری برای خارج کردن جسم خارجی مانند استخوان و یا قراردادن بوژی یا پروتز و یا بکارگرفتن اشعه لیزر استفاده گردد لازم است پیش از شروع از آنالوژیکها و سداتیوها استفاده شود.

در موارد آشالازی گاه شستشوی مری لازم می گردد و در این حالت بیمار باید از چند روز قبل تا زمان انجام ازوفագوسکوپي از رژیم مایعات صاف شده استفاده نماید. از آنجا که درصد موارد مشاهده باکتری می ناشی از ازوفագوسکوپي بالا بوده بنابراین در بیمارانی که احتمال آندوکاردیت وجود دارد انجام یک دوره آنتی بیوتیک درمانی پروفیلاکتیو روز قبل تا دو روز بعد از ازوفագوسکوپي ضروری است.

#### روش انجام ازوفագوسکوپي:

قبل از شروع می توان از اسپری گزیلوکائین ۱۰٪ دوبار به

بیست و اندی سال تجربه شخصی مستمر در آندوسکوپي و آشنائی کامل با تغییرات و پیشرفتهای ایجاد شده در امکانات موجود در خلال این سالها نکات ضروری و مورد نیاز برای استفاده بجا و صحیح از ازوفագوسکوپي، ملاحظات فوری قبل از شروع، امکانات و دستاوردهای ممکن و همینطور موارد منع استفاده، ضایعات احتمالی و چگونگی پیشگیری و برخورد با آنها مدنظر قرار گیرد.

امید است که این مطالب، مورد استفاده همکاران علاقه مند به فوق تخصص گوارش قرار گرفته و راهنمایی برای همکاران جوانتر باشد تا با شناخت بیشتر از امکانات و عوارض ممکن، تدابیر لازم را اندیشیده، از بروز مشکلات احتمالی جلوگیری نمایند.

#### ● ضرورت های ازوفագوسکوپي (ایندیگاسیون)

در موارد مشاهده هر گونه دیسفاژی، علائم شدید رفلوازوفاژیت، خونریزی احتمالی از مری، درد زیر استخوان جناق که منشأ قلبی ندارد، لزوم درآوردن جسم خارجی از مری، برداشتن پولیپ مری، برطرف نمودن تنگی مری توسط بوژی و یا دیلاتاتور و گذاشتن پروتز (Stent=استنت)، جهت برقراری پاساژ در موارد وجود تنگی تومورال، انجام ازوفագوسکوپي ضروری می باشد.

#### ● موارد منع ازوفագوسکوپي (کنتر ایندیگاسیون)

در موارد وجود حالت شوک، کما(ولی اگر ایتوبه باشد اشکال ندارد)، ایسکمی حاد میوکارد، شکستگی و در رفتگی استخوان اطلس و مفصل آتلانتواکسیال، مواردی که بیمار مایل نیست ازوفագوسکوپي شود و یا نمی تواند همکاری نماید(بعلت هیستری)، وجود دیورتیکول زنگر، اشکال در انعقاد خون، آنورسم آئورت توراسیک، نارسائی شدید عروق کرونر، چند روز پس از نوشیدن اسید یا باز بعلت احتمال وجود پرفوراسیون باید از انجام عمل ازوفագوسکوپي اجتناب نمود.

#### ● معاینات قبل از ازوفագوسکوپي

معاینات و بررسی موارد زیر قبل از انجام ازوفագوسکوپي

کردن محلول لوگل نقطه مشکوک را رنگ آمیزی نموده و بخصوص در مورد سرطان سلولهای اپی تلیال با انجام فلورسانس اسپکتروسکوپی توسط نور لیزر با انرژی کم (۴۱۰ نانومتر) نسج سرطانی و دیسپلازی ها را مشخص کرد. این روش با روش رنگ آمیزی توسط لوگل دارای ارزش برابر است.

۲- تشخیص رفلو ازوفازیت ناشی از رفلاکس محتویات معده به داخل مری.

وجود رفلو ازوفازیت به ویژه مراحل اول تا چهارم آن بر اساس روش ساواری و میلر از طریق ازوفագوسکوپی تشخیص داده می شود.

لازم به تذکر است که معمولاً با گرفتن شرح حال بیمار و انجام PH متری طولانی نیز می توان به تشخیص فوق رسید.

۳- تشخیص اولسر بارت که تنها به وسیله ازوفագوسکوپ میسر است.

۴- ازوفازیت های عفونی را می توان با ازوفագوسکوپی تشخیص داد. این ازوفازیت ها اغلب در بیماران دارای نقص سیستم ایمنی دیده می شوند و در موارد بیماری ایدز بعلاوه ابتلا به کاندیدا آلبیکانس با دیسفاژی توأم می گردند. در این موارد در ابتدا نیازی به ازوفագوسکوپی نیست ولی هر گاه علائم با درمان برطرف نشوند انجام ازوفագوسکوپی لازم است.

۵- در موارد مشکوک به ازوفازیت ویروسی (ویروس CMV و هریس) ازوفագوسکوپی و بیوپسی انجام می شود.

۶- بلافاصله بعد از مواردی که شرب اسید یا باز صورت گرفته می توان با ازوفագوسکوپی وسعت ضایعه را مشاهده نمود ولی عمق آن را نمی توان برآورد کرد. در مواردی که مدتی از زمان شرب این مواد گذشته باشد بعلاوه احتمال پرفوراسیون لازم است از انجام ازوفագوسکوپی اجتناب گردد.

۷- آنومالیهای آناتومیک در اسفنکتر انتهایی مری بوسیله ازوفագوسکوپی و همچنین رادیولوژی بطور دقیق قابل تشخیص بوده لیکن اختلالات عملکردی آن از طریق ازوفագوسکوپی قابل تشخیص نیست و انجام مانومتری

فاصله ۱۰ دقیقه و همچنین تزریق یک آمپول هیوسین و یک آمپول پتیدین داخل عضله ۲۰ دقیقه قبل از شروع استفاده کرد.

-روش ازوفագوسکوپی نشسته: بیمار در صندلی راحت باز شو ابتدا با زاویه تقریباً ۹۰ درجه می نشیند. پرستار دندان گیر را میان دندانهای بیمار قرار داده و ابتدای ازوفագوسکوپ را گرفته پزشک از حدود ۱۰ سانت آخر، ازوفագوسکوپ را با دست راست گرفته، از حفره دندان گیر رد می کند تا احساس تماس با دیواره فارنژ را بنماید در این مرحله از بیمار می خواهد تا لوله را فرو دهد. هنگام فرو دادن در حالی که با دست چپ ازوفագوسکوپ را میان دو انگشت شست و اشاره قرار داده با دست راست ازوفագوسکوپ را با ملایمت بطرف داخل فشار میدهد و مجدداً از بیمار می خواهد تا لوله را فرود دهد و با یک مقاومت که مربوط به تنگی اول مری است ازوفագوسکوپ عبور می کند. بلافاصله ابتدای ازوفագوسکوپ را از پرستار گرفته و پرستار قسمت انتهایی ازوفագوسکوپ را نزدیک دهان نگاه می دارد. حال با دیدن لوله مری و مطمئن شدن از صحیح بودن محل ورودی، معاینه زیر نظر پزشک و با جلو بردن ازوفագوسکوپ توسط پرستار و طبق دستور پزشک ادامه می یابد.

-روش دوم: روش خوابیده است، که در این روش از ابتدا بیمار روی دست چپ یک پهلو خوابیده زاویه چانه به گردن حدود ۹۰ درجه می باشد و سایر مراحل تا انتها مانند روش نشسته انجام می شود.

### ● موارد قابل تشخیص با ازوفագوسکوپی

۱- در مواردی که علائم کانسر مری وجود دارد ازوفագوسکوپی همراه با بیوپسی، ۱۰۰٪ منجر به تشخیص می شود.

در دید مستقیم علائم زیر مشکوک به سرطان مری است: تغییر رنگ مخاط در یک محدوده، قرمزی یک نقطه، فرورفتگی سطح مخاط، ناصافی در سطح مخاط، نمای گرانولر، برآمدگی مخاط با حاشیه مسطح. نظر به اینکه سلولهای تومورال بیش از سلولهای عادی مخاط حاوی گلیکوژن می باشند می توان در حین معاینه با وارد

ارجحیت دارد.

۸- تشخیص دیورتیکول زنکر بوسیله ازوفاکوسکوپی میسر بوده و لازم است دقت شود تا ورود اشتباه به داخل آن موجب پارگی نگردد. پارگی دیورتیکول زنکر بسیار خطرناک بوده و گزارشهای مکرر پاره شدن آن بدنبال ازوفاکوسکوپی در مقالات مختلف آمده است.

۹- تشخیص دیورتیکول های تراکشن و اپی فرنیک که با دقت زیاد و تجربه تشخیص داده می شوند. با توجه به احتمال وجود دیورتیکول های فوق الذکر و خطر ناشی از پارگی آنها پیش از ازوفاکوسکوپی انجام رادیوگرافی مری توصیه می گردد.

۱۰- تشخیص قطعی وجود اختلال در موتیلیتی مری بوسیله رادیوگرافی و مانومتري میسر بوده ولی مشاهده وسعت ازوفازیت در اسکلو درمی و یا وجود تومور در آشالازی از طریق ازوفاکوسکوپی همراه با بیوپسی دارای ارزش تشخیصی بسیار بالایی می باشد.

### ● انجام بیوپسی مری

در موارد مشاهده تغییر شکل مشکوک به نئوپلازی در جداره مری گرفتن حداقل دو نمونه بیوپسی ضروری است. این عمل در ۹۶٪ موارد منجر به تشخیص قطعی می گردد و در صورت انجام ۸ عدد بیوپسی ارزش تشخیصی آن به ۱۰۰٪ خواهد رسید.

در مورد ضایعات اولسر و پولیپوئیدی بیوپسی از کناره های قسمت تغییر شکل یافته و قسمت هایی که نسبت به مخاط سالم تغییر رنگ داده است انجام شده و در پولیپها چندین بیوپسی از رأس آن انجام می شود. لازم به تذکر است ضایعات تومورال اغلب شکسته بوده معمولاً پس از انجام بیوپسی بشدت خونریزی داده که در اکثر مواقع پس از چند دقیقه متوقف خواهد شد.

کنترل علائم حیاتی پس از انجام بیوپسی بخصوص در مواردی که مقدار بیوپسی ها زیاد باشند ضروری است و لازم است تا ۲۴ ساعت بعد کنترل های لازم صورت گیرد. بیوپسی سطحی از وسط ضایعه اکثراً حاوی نسج نکروزه

بوده و فاسد ارزش پاتولوژیک می باشد و در مواردی که ضایعات اولسراتیو وجود دارد لازم است از این عمل اجتناب گردد.

علاوه بر آن در موارد مشاهده تغییر رنگ مخاط انتهای مری و تشخیص ماکروسکوپی احتمال وجود متاپلازی از نوع ایجاد بافت اپی تلیال استوانه ای در مری (بارت ازوفاز) که اکثراً همراه با علامت رفلو ازوفازیت می باشد، انجام بیوپسی نسبتاً عمیق به فاصله ۲ سانتیمتری ضروری است. در صورت رد علامت بدخیمی درمان رفلو ازوفازیت انجام می گردد. پس از گذشت یک سال لازم است ازوفاکوسکوپی مجدد همراه با بیوپسی انجام شود. در موارد وجود متاپلازی وسیع لازم است کنترل در فاصله زمانی کمتر انجام شود. همواره باید به خاطر داشت که در موارد مشکوک به واریس مری بیوپسی انجام نشود زیرا در این موارد خطر خونریزی های غیر قابل کنترل وجود دارد و هر گاه ضایعه بدخیم توأم با واریس مری مشاهده شد لازم است تدابیر لازم جهت اسکلو تراپی قبل از بیوپسی یا در صورت خونریزی بعد از آن در نظر گرفته شود. تشخیص ضایعات قارچی ناشی از (کاندیدا آلیکانس) در اغلب موارد از طریق دید مستقیم میسر است ولی جهت بررسیهای میکروسکوپی و تأیید تشخیص بیوپسی نیز ضروری است.

در این مورد همچنین بوسیله براشینگ نیز می توان به تشخیص رسید که در این موارد از رنگ آمیزی های گرم PAS و نقره استفاده می شود.

همچنین بدیهی است که انواع ضایعات اولسراتیو پولیپی و تاولها و تغییر رنگ های مخاط مری نیاز به بیوپسی دارد تا تشخیص افتراقی ضایعات عفونی، قارچی، خوش خیم و یا بدخیم داده شود. لازم به تذکر است که در حین انجام بیوپسی خطر عدم تشخیص واریس بخصوص در مراحل اولیه را باید در نظر داشت.

### ● عوارض احتمالی در ازوفاکوسکوپی:

- ۱- پرفوراسیون مری که در این صورت بلافاصله انجام درمان جراحی ضروری است.
- ۲- خونریزی شدید از محل بیوپسی با وجود وضع انعقادی

دیسفاژی-اودینوفازی  
رفلوازوفازی  
خونریزی  
درد قفسه صدری که منشأ قلبی ندارد.  
درآوردن جسم خارجی  
نمونه برداری از ضایعات نئوپلازیها  
جهت اقدامات درمانی مانند دیلاتاسیون - اسکلوترابی-  
پروتزگذاری

### جدول ۲

مواردی که نباید ازوفازوسکوپ انجام شود :

شوک  
کوما  
ایسکمی حاد میوکارد-نارسائی شدید عروق  
کرونر  
نارسائی شدید تنفسی  
شکستگی و دررفتگی اطلس و مفصل  
آگلانتا و اوسکیال  
دیورتیکول زنگر  
آنورسم آئورت توراسیک  
انعقاد خون مختل شده  
چند روز بعد از نوشیدن اسید یا باز

### جدول ۳

بررسیهای که قبل از ازوفازوسکوپ باید انجام شود :

وضعیت قلب و ریه  
زمان انعقاد و سیلان  
رادیوگرافی از مری-قفسه صدری  
رضایت بیمار

### جدول ۴

عوارض احتمالی ازوفازوسکوپ  
پرفوراسیون مری  
خونریزی  
آسپیراسیون  
شوک بر اثر پرمدیکاسیون  
باکتری امی-هپاتیت

عادی که با کنترل علائم حیاتی و در صورت لزوم تزریق خون و استراحت مطلق در اکثر موارد قابل کنترل خواهد بود.

۳- عوارض مرگ بار به علت آسپیراسیون معده ناشی از حالت تهوع که در این حالت انجام ساکشن فوری مواد آسپیره شده ضروری است.

۴- عوارض پرمدیکاسیون ناشی از مواد ضد درد و سداتیوها که انجام شوک درمانی ضروری است.

استفاده های درمانی از ازوفازوسکوپ  
عوارض احتمالی بیشتری دارد که عبارتند از:

۱- دیلاتاسیون توسط بوژی های فلزی بخصوص اگر طبق ضوابط و با احتیاط انجام نشود ممکن است منجر به پاره شدن مری گردیده و در صورتی که بموقع تشخیص داده نشده و جراحی نگردد به علت مدیاستینیت منجر به فوت شود.

۲- دیلاتاسیون با بالون و اسکلوترابی نیز دارای عوارضی قابل توجه و حتی مرگ و میر می باشد. در این موارد دسترسی به درمان جراحی ضروری است.

۳- دیلاتاسیون ممکن است موجب باکتری امی می گردد که برای جلوگیری از آن درمان پروفیلاکتیو ضروری است.

۴- در اسکلوترابی احتمال خونریزی و ایجاد استنوز نیز وجود دارد.

۵- در درمان پالیاتیو تومورهای مری توسط اشعه لیزر و کوآگولاسیون بای پولار خطر پرفوراسیون و همچنین ایجاد فیستول مری به برنش یا تراشه وجود دارد که در این موارد نیز انجام درمان جراحی ضروری می باشد.

لازم به یادآوری است که وقتی بیماران مبتلا به عوارض قلبی مانند دریچه های مصنوعی در قلب، عوارض مادرزادی قلب یا روماتیسم قلبی، کاردیومیوپاتی و پرولاپس دریچه میترال همراه با نارسائی و یا سابقه آندوکاردیت می باشند جهت پیشگیری از عوارض باکتری امی باید حداقل یک روز قبل و بعد از آن از آنتی بیوتیکهایی مانند آمپی سیلین-آموکسی سیلین و یا جنتامایسین تجویز شود تا باکتری امی باعث ایجاد عوارض ثانویه نگردد.

### جدول ۱

مواردی که ازوفازوسکوپ ضرورت دارد

**Rfrenceess:**

Morteza Shahmir MD. Bernard M. schuman MD.; complications of fiberoptic endoscopy. gastrointestinal endosocopy 1980 26;86 - 91.

Adnans. MD. alanl. bisno MD. ET.AL : prevention of bacterial endoc aroitis. clinical cardiology Jama 1990 12;2919 - 2924.

Bernard M. schuman M.D. johunw. beckman, md. et al; com'lications of endoxopic ingection sclero-

therapy: A review

The A.J.of gastroenerology .1987 82;823 - 830

Nlal, dk bhasin, ak malid et al optimal number of bi- ofsy specimens in the diagnosis of carcinoma of the oe- sophagus. gut 1992 33:724 - 726 Georg B. MC donald, et. al esophageal infections in immunosuppressed pa- tients after marrow transplantation: Gastroenterology 1981 88:1111 - 1116