

## Analytical study of upper gastrointestinal endoscopy findings in patients with dysphagia

Dr. Hassan Zizfoun\*

Dr. Rana Issa\*\*

Ibrahim Nabulsi\*\*\*

(Received 22 / 7 / 2022. Accepted 7 / 8 / 2022)

### □ ABSTRACT □

**Background:** Dysphagia is the medical term for symptoms of difficulty in swallowing. Dysphagia can occur in all age groups, and its prevalence increases with aging. Diagnosis of dysphagia is important due to associated morbidity and mortality, so it warrants early evaluation. Upper gastrointestinal Endoscopy is one of the first investigational procedures in the assessment of dysphagia.

**Aim of the study:** to determine the frequency of common endoscopic findings in patients presenting with dysphagia, and the utility of endoscopic biopsies in patients with normal upper endoscopy.

**Methods:** This is a prospective, descriptive study conducted in the gastroenterology department in Tishreen University Hospital in Syria between 2020 and 2021.

**Results:** A total of 57 patients; 34 females (59.6%), and 23 males (40.4%) presenting with dysphagia were studied, the mean age was  $56.5 \pm 18.6$  years. Normal endoscopy was the most common findings noted in 24 (40.1%) patients, followed by esophageal cancer noted in 7 patients (12.3%), benign strictures in 6 patients (10.6%). Findings consistent with achalasia, gastro-esophageal reflux disease and external compression were each found in 5 patients (8.8%), while candidal esophagitis and esophageal webs/rings were found in 2 patients each (3.5%). Finally, eosinophilic esophagitis was found in one patient (1.8%). We observed the absence of histopathological changes in two thirds of the normal upper gastrointestinal endoscopy patients, and most of these patients were males, while reflux oesophagitis was diagnosed in the remaining third and most of them were females.

**Conclusions:** Esophageal cancer is the most common abnormal finding in upper endoscopy for patients with dysphagia, and it is more common in males, followed by benign strictures, they are more common in females. One third of the normal upper GI endoscopy patients had histopathological findings consistent with reflux oesophagitis

\*Professor - Faculty of Human Medicine - Tishreen University - Lattakia - Syria

\*\*Assistant Professor - Faculty of Human Medicine - Tishreen University - Lattakia - Syria

\*\*\*Master Student - Faculty of Human Medicine - Tishreen University - Lattakia - Syria

## دراسة تحليلية لموجودات التنظير الهضمي العلوي عند مرضى عسرة البلع

د. حسان زيزفون\*

د. رنا عيسى\*\*

إبراهيم النابلسي\*\*\*

(تاريخ الإيداع 22 / 7 / 2022. قُبل للنشر في 7 / 8 / 2022)

### □ ملخص □

**المقدمة:** عسرة البلع هي المصطلح الطبي لأعراض صعوبة البلع، يمكن أن تحدث في جميع الأعمار وتنتشر بشكل متزايد مع التقدم في العمر، يعتبر تشخيص عسرة البلع مهم لترافقها مع زيادة الوفيات والمرضعة لذلك تستدعي تقييم باكر، ويعتبر التنظير الهضمي العلوي أحد الإجراءات الاستقصائية الأولى في تقييم مرضى عسرة البلع.

**الأهداف:** تحديد موجودات التنظير الهضمي العلوي عند مرضى عسرة البلع وبيان فائدة أخذ خزعات من مخاطية المري عند مرضى عسرة البلع مع تنظير هضمي علوي طبيعي.

**الطرائق:** دراسة وصفية مستقبلية أجريت في مستشفى تشرين الجامعي في شعبة أمراض الجهاز الهضمي بين عامي 2021-2022.

**النتائج:** شملت دراستنا 57 مريض، 34 انثى (59.6%)، 23 ذكر (40.4%). بلغ العمر الوسطي لعينة الدراسة  $56.5 \pm 18.6$ . كان التنظير الطبيعي أشيع الموجودات 24 مريض (40.1%) تلاها سرطان المري 7 مرضى (12.3%) ثم التضيقات الحميدة 6 مرضى (10.6%)، موجودات تنماشى مع اكالازيا- التهاب مري قلبي- انضغاط خارجي 5 مرضى لكل منها (8.8%)، التهاب مري فطري-وترات وحلقات مريضان لكل منهما (3.5%)، التهاب مري بالحمضات مريض واحد (1.8%) لاحظنا غياب التبدلات التشريحية المرضية عند ثلثي مرضى التنظير الهضمي العلوي الطبيعي، وكان أغلب هؤلاء المرضى ذكورا، بينما تم تشخيص التهاب مري قلبي عند الثلث المتبقي وكان أغلبهم اناث.

**الاستنتاجات:** أشيع الموجودات المرضية هو سرطان المريء وهو أشيع عند الذكور، تليها التضيقات الحميدة وهي أشيع عند الإناث. ثلث مرضى التنظير الهضمي العلوي الطبيعي كانت لديهم موجودات تشريحية مرضية تنماشى مع التهاب مري قلبي

\* أستاذ - كلية الطب البشري - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية

\*\* مدرس - كلية الطب البشري - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية

\*\*\* طالب ماجستير - كلية الطب البشري - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية

**مقدمة:**

• عسرة البلع dysphagia هي المصطلح الطبي لصعوبة البلع (1) ، وهي كلمة يونانية (dys) تعني اضطراب و phagia تعني تناول الطعام) وتشير إلى صعوبة مرور الطعام من الفم إلى المعدة (2). يمكن أن تحدث عسرة البلع عند كل الفئات العمرية (3) ، ويبلغ معدل انتشارها 13.5% . يزداد المعدل إلى 22.3% عند الأشخاص بعمر 50 سنة أو أكثر، ويتراوح معدل الانتشار بين 29% و 64% عند مرضى الحوادث الوعائية الدماغية (4,5,6) . تصنف عسرة البلع إلى نمطين أساسيين:

- عسرة البلع الفموية البلعومية
- عسرة البلع المريئية

يعتبر التنظير الهضمي العلوي أحد الإجراءات الاستقصائية الأولى في تقييم مرضى عسرة البلع ولا سيما الناجمة عن أسباب ميكانيكية، حيث يتيح لنا المشاهدة المباشرة للمريء وتشخيص الأورام، والانضغاط الخارجي، والتضيقات، والوترات، والتبدلات الالتهابية المخاطية الناجمة عن القلس المعدي المريئي، كما يسمح بأخذ خزعات وفي بعض الحالات علاج السبب (توسيع التضيقات). كما يمكن أن يوجه نحو وجود اضطراب حركي مريئي كالأكالازيا.

AMERICAN COLLEGE OF GASTROENTEROLOGY

- الأسباب الشائعة لعسرة البلع:

1. **تضيقات المريء الحميدة:** تشكل التضيقات القرحية 70-80% من أسباب تضيقات المريء الناجمة عن القلس المعدي المريئي (9) .  
تشمل الأسباب الأخرى المسببة للتضيقات القرحية غير المتعلقة بالحمض: التهاب المريء الشعاعي، وابتلاع المواد الكاوية، والحبوب الدوائية المخرشة.
2. **سرطان المريء:** يحدث عادة عند كبار السن، وقد يكون سرطاناً شائكة الخلايا أو سرطاناً غدياً. ينتشر النمط الغدي أكثر في أميركا ويلاحظ عند مرضى القلس المعدي المريئي المزمن الذين يطورون مري باريت (10)، بينما ينتشر النمط الشائكة الخلايا أكثر في آسيا وخاصة عند المرضى المدخنين والكحوليين (11) .
3. **الالارتخائية Achalasia:** وهي اضطراب حركي مجهول السبب يتصف بفشل ارتخاء المصرة المريئية السفلية إضافةً لنقص الحركات التمعجية في المريء الفاصي بسبب نقص في الخلايا العقدية الكولينية المثبطة مما يسبب اختلالاً في التوازن في الإثارة والانتقال العصبي المثبط وبالتالي ارتفاع ضغط الراحة في المصرة المريئية السفلية (12).  
الموجودات التنظيرية تشمل ركودة طعامية على مري واهن متوسع مع وصل معدي مريئي متشنج (متضيق قابل للعبور)، ولكن هذا المنظر يشاهد فقط في الحالات الشديدة.
4. **الحلقات المريئية (حلقة شاتسكي):** هي حلقات مخاطية عادة وليست عضلية تتواجد قرب الوصل المعدي المريئي بمستوى خط Z، الآلية المرضية غير واضحة تتظاهر عادة بعسرة بلع متقطعة غير متزقية للجوامد.
5. **الوترات المريئية:** هي نتوءات مخاطية حرشفية ضمن لمعة المريء ولاسيما في المريء الرقبى الأمامي وهي تشير عادة إلى تتاذر بلومر فنسون لدى مرضى فقر الدم بعوز الحديد.
6. **التهاب المريء بالحمضات:** مرض مزمن متواسط مناعياً يتصف بسوء وظيفة مريئية. شهدت السنوات الأخيرة ازدياداً في الحالات المشخصة بالتهاب المريء بالحمضات. يبلغ معدل الشبوع الحالي في شمال أميركا وأوروبا من 1-6 لكل 10 آلاف شخص (13,14,15) .

تشمل الأعراض التي يراجع بها المريض: عسرة بلع (العرض الأشيع)، وقلس معدي مريئي، وانحشار اللقمة الطعامية الموجود في أكثر من 50 بالمئة من الحالات.

• عادة ما يكون لدى المرضى قصة تأنب شخصية أو عائلية (ربو - التهاب جيوب تحسسي - التهاب جلد تأتبي). يصيب المرض الذكور أكثر من الإناث بثلاثة أضعاف مع ذروتي إصابة خلال الطفولة وفي العقدين الثالث والرابع.

• تعتبر الخزعات المريئية حالياً أداة أساسية في تشخيص التهاب المريء بالحمضات.  
• يجب أخذ خزعات متعددة من المريء البعيد ( 5سم أعلى خط Z) والمريء المتوسط (10 سم أعلى المري البعيد)(16) .

• يوضع التشخيص عند وجود رشاحة التهابية بالحمضات أكثر من 15 خلية بالساحة(17) .  
تنوع الموجودات التنظيرية الموصوفة لالتهاب المريء بالحمضات وتشمل:  
• حلقات مريئية متعددة قد تضيق اللمعة (منظر حلقات الرغامى)  
• منظر عقدي أو حبيبي منتشر في المخاطية مع لويحات مخاطية رشحية بيضاء متنوعة الأشكال والأحجام  
• منظر أحاديد طولانية  
• نقص النمط الوعائي تحت المخاطية  
• تضيق مريئي منتشر، أو حمامي، أو تقرحات متعددة  
• قد يكون المنظر التنظيري طبيعي في حوالي 20-25% من الحالات. (18,19,20)

#### هدف البحث:

• الهدف الأساسي: دراسة الموجودات التنظيرية عند مرضى عسرة البلع  
• الهدف الثانوي: بيان فائدة أخذ خزعات من مخاطية المريء عند مرضى عسرة البلع مع تنظير هضمي علوي طبيعي

#### عينة البحث:

• معايير الإدخال: المرضى الأكبر من 13 سنة المراجعين عيادة وشعبة أمراض الجهاز الهضمي بقصة عسرة بلع في مستشفى تشرين الجامعي  
• معايير الاستبعاد:  
1. المرضى المشخص لديهم مسبقاً أمراض مريئية  
2. في حال وجود آفة مضيق في الجوف الفموي البلعومي

#### طرائق البحث ومواده

• تصميم الدراسة: دراسة وصفية مستقبلية Observational, prospective study  
• مكان وزمان الدراسة: أجري البحث في مستشفى تشرين الجامعي لمدة عام واحد 2021 حتى 2022  
• عدد المرضى النهائي: 57  
• طريقة إجراء الدراسة:

• تم أخذ قصة سريرية مفصلة مع السوابق المرضية والتحسسية، وتم إجراء تنظير هضمي علوي للمرضى وتسجيل الموجودات العيانية مع أخذ خزعات من الآفات المشتبهة. في حال كان التنظير طبيعياً تم أخذ خزعتين من المريء البعيد (5سم أعلى خط Z) وخزعتين من المريء المتوسط (10 سم أعلى المريء البعيد) ثم تم توزيع المرضى حسب:

1. الجنس
2. العمر (أقل أو يساوي 30 سنة - بين 31-50 سنة - أكثر من 50 سنة)
3. مدة عسرة البلع (أقل من 12 أسبوع - بين 12-24 أسبوع - أكثر من 24 أسبوع)

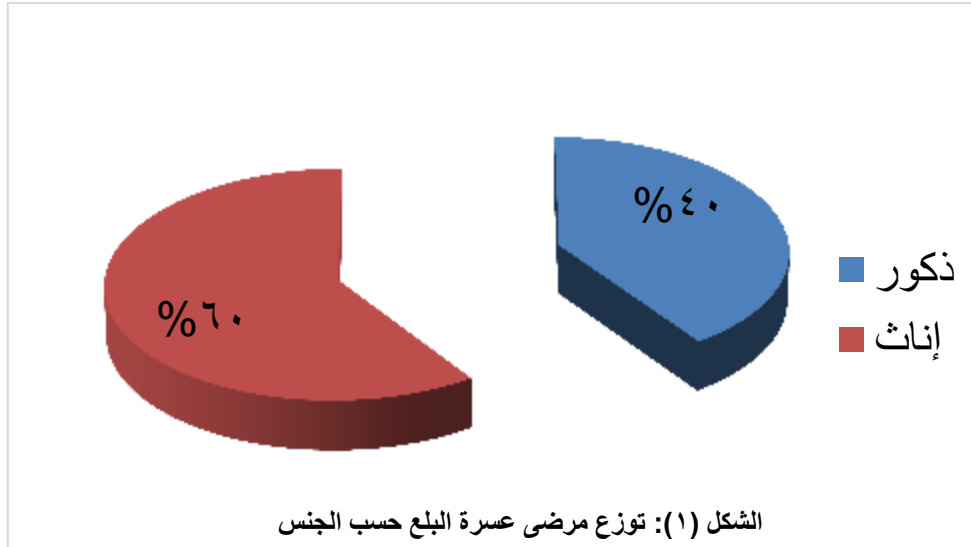
#### الطرق الإحصائية المتبعة:

تصميم الدراسة : Observational, prospective study

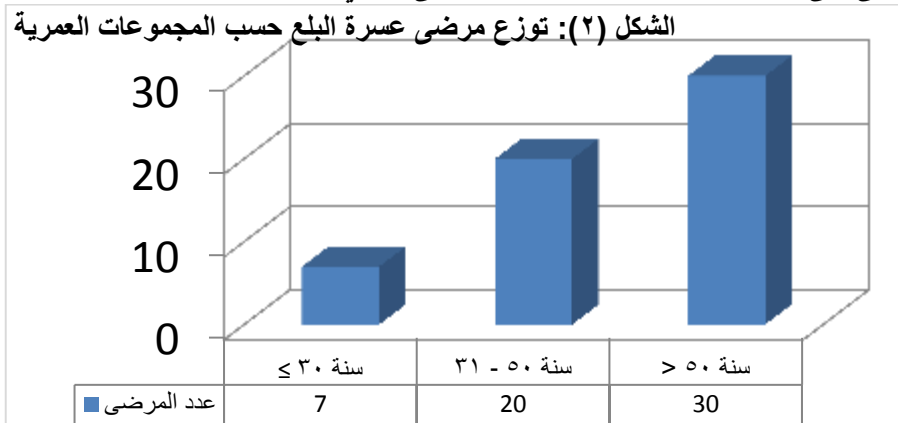
- 1- إحصاء وصفي **Description Statistical** : لتوصيف العينة والمتغيرات المدروسة  
متغيرات كمية Quantitative بمقاييس النزعة المركزية ومقاييس التشتت (المتوسط الحسابي  $\pm SD$ ).  
متغيرات نوعية Qualitative بالتكرارات والنسب المئوية .
- 2- إحصاء استدلالي **Inferential Statistical** : بالاعتماد على قوانين الإحصاء:  
اختبار (T student) لمقارنة فروقات المتوسطات بين المجموعات .  
معامل الارتباط (Pearson correlation) (r test) لدراسة الارتباط بين المتغيرات الكمية .  
اختبار (Chi-Square) لدراسة العلاقة بين المتغيرات الكيفية .  
تعتبر النتائج هامة احصائياً مع  $p\text{-value} < 5\%$   
اعتماد البرنامج الإحصائي IBM SPSS statistics لحساب المعاملات الإحصائية وتحليل النتائج.

#### النتائج :

- شملت دراستنا 57 مريضاً يعاني من عسرة بلع من المراجعين لشعبة وعيادة أمراض جهاز الهضم في مستشفى تشرين الجامعي ممن خضعوا لتنظير هضمي علوي
- بلغ عدد الذكور 23 مريضاً بنسبة (40.4%) والإناث 34 مريضة بنسبة (59.6%)
- تراوحت أعمار المرضى بين 17 و 90 عاماً ويعمر وسطي  $56.5 \pm 18.6$  سنة



بتقسيم المرضى إلى 3 مجموعات عمرية حصلنا على التالي:

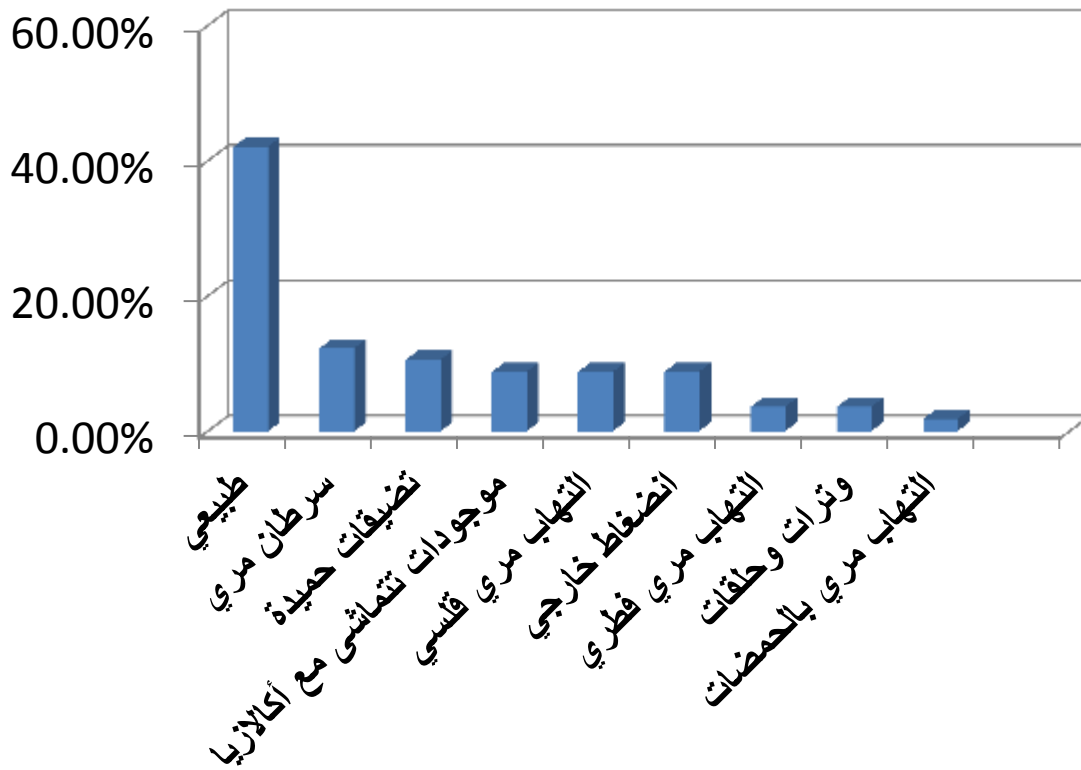


نلاحظ أن 52% من المرضى كانوا ضمن الفئة العمرية أكبر من 50 سنة كانت موجودات التنظير الهضمي العلوي كالتالي:

موجودات التنظير	عدد المرضى	النسبة المئوية
طبيعي	24	42.1%
سرطان مري	7	12.3%
تضيقات حميدة	6	10.6%
موجودات تنمashi مع أكالازيا	5	8.8%
التهاب مريء قلبي	5	8.8%

انضغاط خارجي	5	8.8%
التهاب مريء فطري	2	3.5%
وثرات وحلقات	2	3.5%
التهاب مريء بالحمضات	1	1.8%
المجموع	57	100%

الشكل (٤): موجودات التنظير الهضمي العلوي عند المرضى في عينة الدراسة



بتفصيل أشكال التضيقات الحميدة:

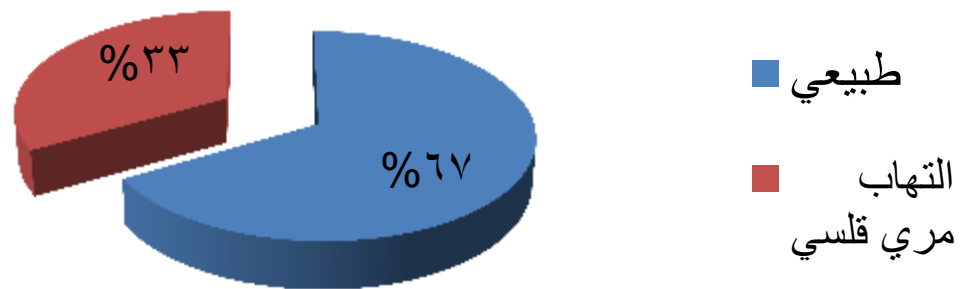
الجدول (3): التضيقات الحميدة المشاهدة بالتنظير الهضمي العلوي عند مرضى عسرة البلع

التضيقات الحميدة	عدد المرضى	النسبة المئوية
تقرحي / GERD	3	50%
التهاب شعاعي	1	16.7%
التهاب دوائي	1	16.7%
كاويات	1	16.7%
المجموع	6	100%

عند إجراء التشريح المرضي لخزعات المرضى ذوي التنظير الطبيعي:  
الجدول (4): نتائج التشريح المرضي عند مرضى عسرة البلع ذوي التنظير الهضمي الطبيعي

التشريح المرضي	عدد المرضى	النسبة المئوية
طبيعي	16	66.7%
التهاب مري قلبي	8	33.3%
المجموع	24	100%

الشكل (5): نتائج التشريح المرضي عند مرضى عسرة البلع ذوي التنظير الهضمي الطبيعي





## يقارن الجدول التالي بين الجنسين من حيث العمر:

الجدول (5): مقارنة بين الذكور والإناث في عينة الدراسة من حيث العمر

		ذكور (23)	إناث (34)	P Value
العمر		59.7 ± 20.2	45.9 ± 15.4	0.005
المجموعة العمرية	>30 سنة	3 (13%)	4 (11.8%)	0.002
	31-50 سنة	2 (8.7%)	18 (52.9%)	
	<50 سنة	18 (78.3%)	12 (35.3%)	

نلاحظ أنّ متوسط أعمار الذكور أعلى بشكل هام إحصائياً من الإناث في عينة الدراسة حيث: إن أغلب الذكور من المجموعة العمرية < 50 سنة

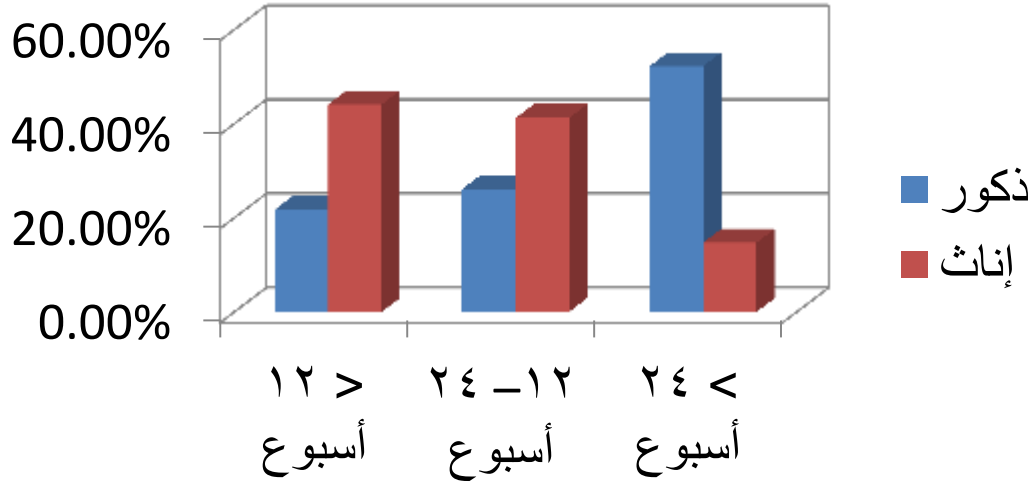
## يقارن الجدول التالي بين الجنسين من حيث مدة عسرة البلع

الجدول (6): مقارنة بين الذكور والإناث في عينة الدراسة من حيث مدة عسرة البلع

		ذكور (23)	إناث (34)	P Value
مدة عسرة البلع	>12 أسبوع	5 (21.7%)	15 (44.1%)	0.010
	12-24 أسبوع	6 (26.1%)	14 (41.2%)	
	<24 أسبوع	12 (52.2%)	5 (14.7%)	

نلاحظ من الجدول السابق أن مدة عسرة البلع قبل طلب العون الطبي كانت أعلى بشكل هام إحصائياً عند الذكور فأغلبهم ضمن مجموعة < 24 أسبوعاً في حين كانت أغلب الإناث ضمن مجموعة > 12 أسبوعاً.

الشكل (٦): مقارنة بين الذكور والإناث في عينة الدراسة من حيث مدة عسرة البلع



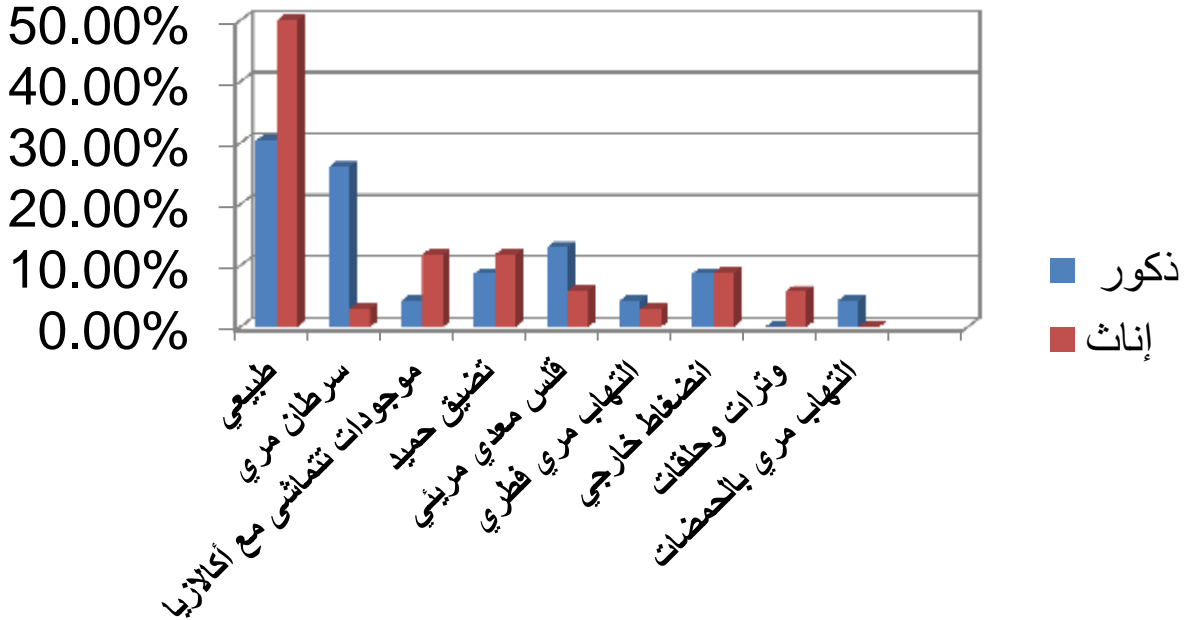
مقارنة موجودات التنظير الهضمي من حيث الجنس

الجدول (8): مقارنة بين الذكور والإناث في عينة الدراسة من حيث موجودات التنظير الهضمي العلوي

موجودات التنظير الهضمي	ذكور (23)	إناث (34)	P Value
طبيعي	7 (30.4%)	17 (50%)	0.142
سرطان مري	6 (26.1%)	1 (2.9%)	0.009
موجودات تتماشى مع أكالازيا	1 (4.3%)	4 (11.8%)	0.331
تضيقات حميدة	2 (8.7%)	4 (11.8%)	0.454
التهاب مري قلبي	3 (13%)	2 (5.9%)	0.348
التهاب مري فطري	1 (4.3%)	1 (2.9%)	0.777
انضغاط خارجي	2 (8.7%)	3 (8.8%)	0.986
وترات وحلقات	0 (0%)	2 (5.9%)	0.202
التهاب مري بالحمضات	1 (4.3%)	0 (0%)	0.220

من الجدول السابق نلاحظ أن أغلب الموجودات الطبيعية كانت عند الإناث وسرطان المري أشيع بشكل هام إحصائياً عند الذكور

الشكل (٧): مقارنة بين الذكور والإناث في عينة الدراسة من حيث موجودات التنظير الهضمي العلوي



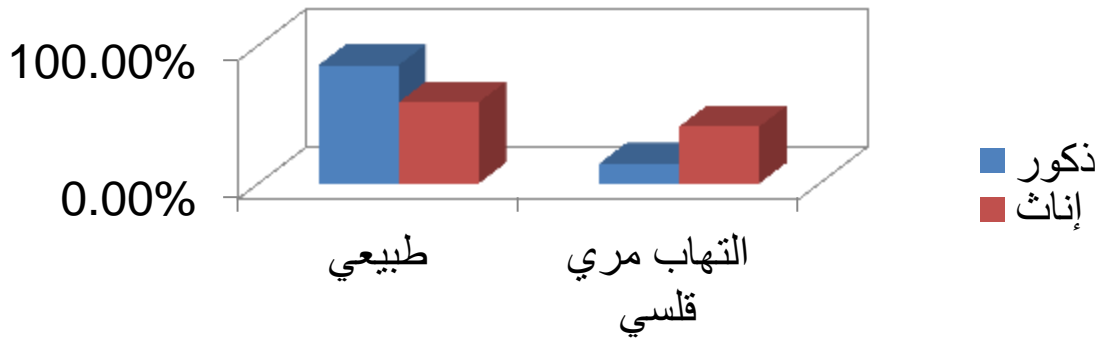
مقارنة بين الذكور والإناث من حيث موجودات التشريح المرضي

نلاحظ أن المرضى الإناث ذوي التنظير الطبيعي كانوا أكثر احتمالاً لأن تكون موجودات التشريح المرضي عندهم غير طبيعية على حساب التهاب المري القلسي بشكل أساسي ولكن الفرق لا يحمل أهمية إحصائية

الجدول (9): مقارنة بين الذكور والإناث في عينة الدراسة من حيث موجودات التشريح المرضي عند المرضى ذوي التنظير الطبيعي

موجودات التشريح المرضي	ذكور (7)	إناث (17)	P Value
طبيعي	6 (85.7%)	10 (58.8%)	0.204
التهاب مري قلسي	1 (14.3%)	7 (41.2%)	

الشكل (٨): مقارنة بين الذكور والإناث في عينة الدراسة من حيث موجودات التشريح المرضي عند المرضى ذوي التنظير الطبيعي

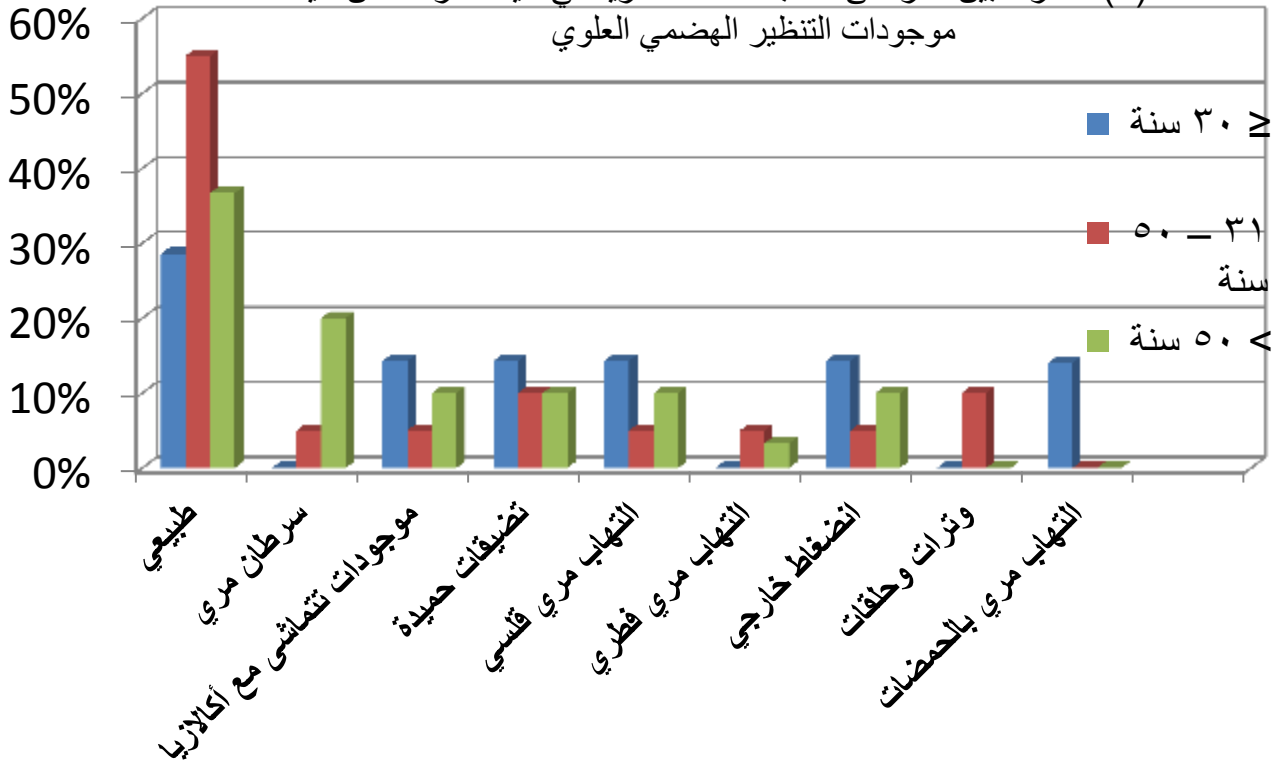


مقارنة الموجودات التنظيرية مع الفئات العمرية  
الجدول (11): مقارنة بين المرضى حسب الفئات العمرية في عينة الدراسة من حيث موجودات التنظير الهضمي العلوي

موجودات التنظير الهضمي	>30 سنة (7)	31 – 50 سنة (20)	<50 سنة (30)	P Value
طبيعي	2 (28.6%)	11 (55%)	11 (36.7%)	0.324
سرطان مري	0 (0%)	1 (5%)	6 (20%)	0.164
موجودات تتماشى مع أكالازيا	1 (14.3%)	1 (5%)	3 (10%)	0.713
تضيقات حميدة	1 (14.3%)	2 (10%)	3 (10%)	0.942
التهاب مري قلبي	1 (14.3%)	1 (5%)	3 (10%)	0.685
التهاب مري فطري	0 (0%)	1 (5%)	1 (3.3%)	0.823
انضغاط خارجي	1 (14.3%)	1 (5%)	3 (10%)	0.685
وترات وحلقات	0 (0%)	2 (10%)	0 (0%)	0.130
التهاب مري بالحمضات	1 (14.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0.026

• نلاحظ أن التنظير الطبيعي كان أشيع في مجموعة 31 – 50 سنة وسرطان المري أشيع في مجموعة أكبر من 50 سنة

الشكل (9): مقارنة بين المرضى حسب الفئات العمرية في عينة الدراسة من حيث موجودات التنظير الهضمي العلوي



مقارنة موجودات التشريح المرضي عند مرضى التنظير الطبيعي من حيث العمر

الجدول (10): مقارنة بين المرضى حسب الفئات العمرية في عينة الدراسة من حيث موجودات التشريح المرضي عند المرضى ذوي التنظير الطبيعي

موجودات التشريح المرضي	سنة $> 30$ (2)	سنة 31 - 50 (11)	سنة $< 50$ (11)	P Value
طبيعي	1 (50%)	8 (72.7%)	6 (63.6%)	0.788
التهاب مري قلبي	1 (50%)	3 (27.3%)	5 (36.4%)	

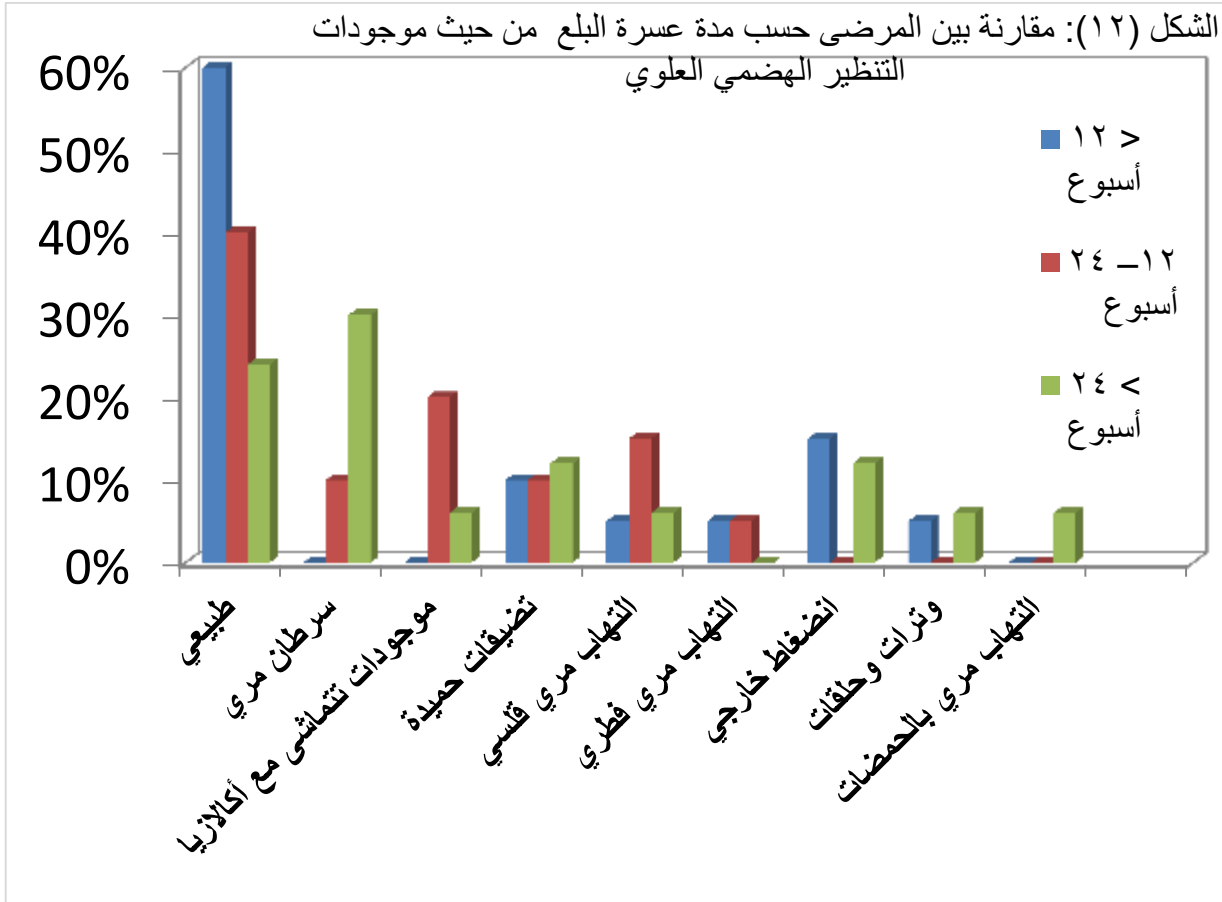
نلاحظ أنه رغم شيوع النتيجة الطبيعية للتشريح المرضي عند المرضى ذوي التنظير الهضمي العلوي الطبيعي في الفئة العمرية 31 - 50 سنة فإن هذا الفرق لا يحمل فرق هام احصائياً

مقارنة الموجودات التنظيرية حسب مدة عسرة البلع

الجدول (12): مقارنة بين المرضى حسب مدة عسرة البلع في عينة الدراسة من حيث موجودات التنظير الهضمي العلوي

موجودات التنظير الهضمي	>12 أسبوع (20)	12-24 أسبوع (20)	<24 أسبوع (17)	P Value
طبيعي	12 (60%)	8 (40%)	4 (23.5%)	0.079
سرطان مري	0 (0%)	2 (10%)	5 (29.4%)	0.023
موجودات تتماشى مع أكالازيا	0 (0%)	4 (20%)	1 (5.9%)	0.073
تضيقات حميدة	2 (10%)	2 (10%)	2 (11.8%)	0.942
التهاب مري قلبي	1 (5%)	3 (15%)	1 (5.9%)	0.472
التهاب مري فطري	1 (5%)	1 (5%)	0 (0%)	0.644
انضغاط خارجي	3 (15%)	0 (0%)	2 (11.8%)	0.214
وترات وحلقات	1 (5%)	0 (0%)	1 (5.9%)	0.690
التهاب مري بالحمضات	0 (0%)	0 (0%)	1 (5.9%)	0.302

من الجدول السابق نلاحظ ميلاً لأن يكون التنظير الهضمي غير طبيعي مع زيادة مدة عسرة البلع كما نلاحظ زيادة في شيوخ سرطان المري عند المجموعة < 24 أسبوعاً والأكالازيا في المجموعة المتوسطة 24 - 12 أسبوعاً



### المناقشة

شملت دراستنا 57 مريضاً يعاني من عسرة بلع. بلغ عدد الذكور 23 مريضاً بنسبة (40.4%) والإناث 34 مريضة بنسبة (59.6%). تراوحت أعمار المرضى بين 17 و 90 عاماً ويعمر وسطي  $56.5 \pm 18.6$  سنة. كانت أعمار غالبية المرضى أكبر من 50 سنة (52.6%)، حيث أن عسرة البلع أشيع عند كبار العمر وهي نفس الموجودات في دراسة Wilkins (21). ويمكن تفسير ذلك بتغير فيزيولوجيا البلع مع التقدم بالعمر ويؤدي انخفاض كتلة العضلات ومرونة النسيج الضام إلى فقدان القوة ونطاق الحركة (22) مما يؤثر سلباً على الانتقال الفعال والمفتعل للمواد المبتلعة عبر الجهاز الهضمي العلوي. وترتبط الشيخوخة الطبيعية أيضاً بضمور دماغي وتدهور وظائف الأعصاب (23,24)، كما أن انخفاض رطوبة الفم وحدّة الرائحة المرتبطة بالتقدم في العمر قد تساهم في تقليل أداء البلع لدى كبار السن (25)، فضلاً عن الأسباب الميكانيكية والحركية (26).

كان التنظير الهضمي العلوي طبيعياً لدى (42%) 24 مريضاً وهو أشيع الموجودات التنظيرية، وهو أكثر مصادفة عند الإناث (50%). يمكن تفسير هذه النسبة المرتفعة باحتمال وجود التهاب مري غير تقرحي مسؤول عن عسرة البلع إضافة إلى وجود العديد من الاضطرابات الحركية في مراحلها البدئية حيث تكون عندها الموجودات التنظيرية طبيعية وبحاجة لدراسة مانومترية مثل الأكالازيا.

وقد أشارت بعض الدراسات الى أن شذوذات الإدراك الحشوي قد تفسر عسرة البلع لدى المرضى الذين لم يتبين لديهم وجود سبب واضح لعسرة البلع (27). وقد تنطبق هذه الآلية أيضاً على تضخم الأعراض لدى مرضى الآفات الحركية التنشجية والذين تزداد معدلات الاضطرابات النفسية بينهم.(28)

أشيع الموجودات المرضية هو سرطان المري: 7 مرضى(12.3%) ، وهو أشيع عند الذكور(26%) ، تليها التضيقات الحميدة : 6 مرضى(10.6%) ، وهو أشيع عند الإناث(11.8%) . وكانت الأكالازيا و التهاب المري القلبي و الانضغاط الخارجي بنفس النسب: 5 مرضى(8.8%) .

المرضى الأكبر من 50 سنة غالبا لديهم عسرة بلع أكثر من 24 أسبوع وغالبا هم ذكور .يمكن تفسير ذلك غالبا بأنهم عادة ما يملكون عتبة تحمل أكبر للمرض وبالتالي يتأخرون في طلب العون الطبي .المرضى الأصغر من 30 سنة غالبا لديهم عسرة بلع أقل من 12 أسبوع وغالبا هم إناث.

الموجودات الطبيعية أشيع في الفئة العمرية بين 30 - 50 سنة (55%) والذين لديهم عسرة بلع لأقل من 12 أسبوعاً .يمكن تفسير ذلك بشيوع الاضطرابات الحركية في هذا العمر والتي تحتاج إلى دراسة مانومترية (29) إضافة إلى شيوع الاضطرابات النفسية.

سرطان المري أكثر مصادفة في الفئة العمرية فوق 50 سنة (20%) وهو ما يتفق مع الإحصائيات العالمية(30) ، كما يشيع لدى المرضى الذين لديهم عسرة بلع لأكثر من 24 أسبوعاً وله أهمية إحصائية حيث يرتبط العمر المتقدم مع زيادة خطر السرطان.

كانت الأكالازيا أكثر مصادفة في الفئة العمرية فوق 50 سنة والذين لديهم عسرة بلع بين 24-12 أسبوعاً، وغالبا هم إناث .يمكن تفسير ذلك بسبب الأعراض الأولية غير المحددة (كالآلم الصدري بعد الطعام وحرقة الفؤاد)، في المراحل الباكرة من المرض وانخفاض معدل انتشار المرض، وبالتالي غالبا ما تبقى الحالات غير مشخصة لعدة سنوات .

تم تشخيص مريض واحد (نكر) بالتهاب المري بالحمضات (لديه قصة ربو تحسسي ) ويعتبر التهاب المري بالحمضات نادر الانتشار في بلادنا حيث يختلف باختلاف الموقع الجغرافي، إذ يبلغ معدل انتشاره في أمريكا 90/100000، بينما يبلغ 2.5/100000 في الدانمارك (31).

لاحظنا غياب التبدلات التشريحية المرضية عند ثلثي مرضى التنظير الهضمي العلوي الطبيعي، وكان أغلب هؤلاء المرضى ذكوراً، بينما تم تشخيص التهاب مري قلبي عند الثلث المتبقي، وكان أغلبهم إناثاً، حيث يشيع لديهم الداء القلبي غير التقرحي (NERD)، بينما يشيع التهاب المري التقرحي عند الذكور(32) . يمكن تفسير ذلك بكون الإناث يطلبون العون الطبي بشكل مبكر أكثر من الذكور.

لم نجد في دراستنا بالتشريح المرضي موجودات تتماشى مع التهاب مري بالحمضات عند مرضى التنظير الهضمي العلوي الطبيعي



## المقارنة مع الدراسات العالمية:

الموجودات التنظيرية	دراستنا (2022) (57 مريض)	الهند (2019) (158 مريض)	اميركا (2018) (822 مريض)	المصرية (2015) (127 مريض)	الباكستانية (2014) (139 مريض)
طبيعية	42% 70% إناث	39.8%	32.8%	15.7% 50% إناث	20.9% 65% إناث
سرطان المريء	12.3% 85% ذكور	29.7% 53.2% ذكور	9.5%	16.5% 57% إناث	27.3% 73% ذكور
تضيقات حميدة	10.6% 66% إناث	5.6%	37.6%	17.3% 54.5% إناث	8.6%
أكالازيا	8.8% 80% إناث	0.6%	7.2%	9.4% 75% إناث	5% 57% ذكور
التهاب المريء القلبي	8.8% 60% ذكور	19.6%	23.4%	19.7% 60% إناث	18% 60% ذكور
وترات وحلقات	3.5%	-	-	3.9%	10%
التهاب مريء بالحمضات	1.8%	-	3.1%	4.7%	-
موجودات أخرى	12.3%	4.4%	12.5%	9.4%	10%

## مقارنة مع الدراسات من حيث العمر والجنس

	دراستنا (57 مريض)	الهندية (158 مريض)	المصرية (127 مريض)	الباكستانية (139 مريض)
العمر الوسطي	65	55	49.5	52
<30	12.2%	13.9%	12.6%	7.2%
31-50	35%	25.4%	35.4%	38.1%
>50	52.6% 78.3% ذكور	60.7% 68% ذكور	51.9% 63% ذكور	54.7% 68% ذكور
الجنس				
ذكور	40%	52.5%	42.5%	58.2%
إناث	60%	47.4%	57.5%	41.7%

مدة عسرة البلع	دراستنا (57 مريض)	المصرية (127 مريض)	الباكستانية (139 مريض)
<12	طبيعي (60%)	طبيعي (60%)	سرطان المريء (36%) طبيعي (27%)
12-24	طبيعي (40%) أكالازيا (20%)	طبيعي (21.3%) التهاب مري قلبي (17%)	طبيعي (31%) أورام (24%)
>24	أورام (29%) طبيعي (23.5%)	أورام (24%) التهاب مري قلبي (22.7%)	أورام (28%) التهاب مري قلبي (17.6%)

مقارنة مع الدراسات من حيث مدة عسرة البلع

## مقارنة نتائج التشريح المرضي لمرضى التنظير الهضمي العلوي الطبيعي

	دراستنا 2022 (24 مريض)	تونس 2018 (85 مريض)	انكلترا 2019 (137 مريض)	كندا 2016 (56 مريض)
الجنس				
ذكور	29.2%	47%	45%	32%
إناث	70.8%	53%	55%	68%
موجودات التشريح المرضي				
طبيعي	66%	76%	61%	64%
التهاب مريء قلبي	34%	5.8%	35%	25%
التهاب مريء بالحمضات	0%	4.7%	4%	11%

كانت لدينا قيم غير مسجلة لموجودات التنظير الطبيعية وهي قريبة من الدراسة الهندية ( 40% تقريباً). كانت نسبة سرطان المريء لدينا أعلى من الدراسة الأميركية وأقل بمرتين من الدراسة الهندية والباكستانية. بينما كانت التضيقات الحميدة لدينا أكثر من الدراسة الهندية والباكستانية وأقل بشكل ملحوظ من الدراسة الأميركية وفيما يتعلق بالأكالازيا فقد سُجل لدينا نسب قريبة من الدراسة الأميركية والمصرية ونسب أعلى من الدراسة الهندية. التهاب المريء القلبي لدينا أقل نسبة من بقية الدراسات، التهاب المريء بالحمضات أقل من كل من الدراسة الأميركية والمصرية فيما يتعلق بوجودات التشريح المرضي عند مرضى التنظير الطبيعي كانت لدينا نسب متساوية من الموجودات الطبيعية مع بقية الدراسات

كانت نسبة التهاب المريء بالحمضات لدينا مساوي للدراسة في انكلترا وأقل بشكل ملحوظ من الدراسة التونسية لم يسجل في دراستنا أي حالة من التهاب المريء بالحمضات عند مرضى التنظير الهضمي العلوي الطبيعي على النقيض من بقية الدراسات

## الخلاصة:

- قد تترافق عسرة البلع مع اضطرابات كامنة خطيرة مثل سرطان المريء وخاصة عند المرضى المسنين. ما يزال من غير الواضح في مجتمعنا إذا كان هذا الانتشار المرتفع للأورام الخبيثة ناجم عن زيادة في حدوثها أو زيادة في الكشف عنها.

- تنتشر الأورام الخبيثة في الفئات العمرية الأعلى مع غلبة للذكور والذين يعانون من عسرة بلع لأكثر من 24 أسبوعاً. يجب النظر في إجراء تنظير هضمي علوي مبكر في هذه الحالات، فهو إجراء آمن وفعال وله قيمة تشخيصية وعلاجية معاً.

#### محددات البحث:

- كان عدد أفراد العينة قليلاً نسبياً بسبب إغلاق العيادات كإجراء احترازي لمنع انتشار وباء COVID-19، واقتصار التنظير الهضمي على الحالات الإسعافية.
- كان عدد الخزعات في دراستنا بين 4 و 6 فقط كون هذا الإجراء نازفاً ويتطلب وقتاً طويلاً.

#### التوصيات

1. إجراء تنظير هضمي علوي لمرضى عسرة البلع مع التأكيد على إجراء التنظير باكراً عند المرضى الأكبر من 50 سنة وخاصة الذين لديهم عسرة بلع لمدة تزيد عن 24 أسبوعاً.
2. الأخذ بعين الاعتبار التهاب المريء بالحمضات كسبب لعسرة البلع وخاصة عند مرضى السوابق التحسسية.
3. نظراً لقلّة عدد حالات التهاب المريء بالحمضات المشخصة في دراستنا بالمقارنة مع الدراسات العالمية نوصي بإجراء دراسات أخرى بحجم عينة أكبر وعدد خزعات أكثر.
4. إن غياب الموجودات التنظيرية عند نسبة هامة من مرضى عسرة البلع لا يعني غياب التبدلات التشريحية المرضية وعليه نوصي بالخزعات لتحري NERD.

#### Reference

1. Brady A. Managing the patient with dysphagia. Home Health Nurse. 2008 Jan;26(1):41-6; quiz 47-8. doi: 10.1097/01.NHH.0000305554.40220.6d. PMID: 18158492.
2. Adams DH. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. Gut. 2007;56(8):1175. doi:10.1136/gut.2007.121533.
3. Logemann J, A: Dysphagia: Evaluation and Treatment. Folia Phoniater Logop 1995;47:140-164. doi: 10.1159/000266348.
4. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. Stroke. 2005 Dec;36 (12):2756-63. doi: 10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb. Epub 2005 Nov 3. PMID: 16269630.
5. Mann G, Hankey GJ, Cameron D. Swallowing function after stroke: prognosis and prognostic factors at 6 months. Stroke. 1999 Apr;30(4):744-8. doi: 10.1161/01.str.30.4.744. PMID: 10187872.
6. Shaker R, Staff D (2001) Esophageal disorders in the elderly. Gastroenterol Clin North Am 30: 335-36, vii-viii.
7. Wilkins T, Gillies RA, Thomas AM, Wagner PJ. The prevalence of dysphagia in primary care patients: a HamesNet Research Network study. J Am Board Fam Med. 2007 Mar-Apr;20(2):144-50. doi: 10.3122/jabfm.2007.02.060045. PMID: 17341750.

8. Krishnamurthy C, Hilden K, Peterson KA, Mattek N, Adler DG, Fang JC. Endoscopic findings in patients presenting with dysphagia: analysis of a national endoscopy database. *Dysphagia*. 2012;27(1):101-105. doi:10.1007/s00455-011-9346-0.
9. Ahtaridis G, Snape WJ Jr, Cohen S. Clinical and manometric findings in benign peptic strictures of the esophagus. *Dig Dis Sci*. 1979 Nov;24(11):858-61. doi: 10.1007/BF01324902. PMID: 520106
10. de Jonge PJ, van Blankenstein M, Grady WM, Kuipers EJ. Barrett's oesophagus: epidemiology, cancer risk and implications for management. *Gut*. 2014 Jan;63(1):191-202. doi: 10.1136/gutjnl-2013-305490. Epub 2013 Oct 3. PMID: 24092861; PMCID: PMC6597262.
11. Montgomery, E.A., et al. (2014) Oesophageal Cancer. In: Stewart, B.W. and Wild, C.P., Eds., *World Cancer Report 2014*, World Health Organization, 528-543.
12. Park W, Vaezi MF. Etiology and pathogenesis of achalasia: the current understanding. *Am J Gastroenterol*. 2005 Jun;100(6):1404-14. doi: 10.1111/j.1572-0241.2005.41775.x. PMID: 15929777.
13. Lucendo, Alfredo & Jimenez-Contreras, Susana. (2011). Endoscopic Aspects of Eosinophilic Esophagitis: From Diagnosis to Therapy. 10.5772/22072.
14. Alfredo J. Lucendo (2010) Eosinophilic diseases of the gastrointestinal tract, *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 45:9, 1013-1021, DOI: 10.3109/00365521003690251.
15. Prasad GA, Alexander JA, Schleck CD, Zinsmeister AR, Smyrk TC, Elias RM, Locke GR, 3rd, Talley NJ. Epidemiology of eosinophilic esophagitis over three decades in Olmsted County, Minnesota. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2009;7(10):1055–1061. doi: 10.1016/j.cgh.2009.06.023
16. Mackenzie SH, Go M, Chadwick B, Thomas K, Fang J, Kuwada S, Lamphier S, Hilden K, Peterson K. Eosinophilic oesophagitis in patients presenting with dysphagia--a prospective analysis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2008 Nov 1;28(9):1140-6. doi: 10.1111/j.1365-2036.2008.03795.x. Epub 2008 Jul 4. PMID: 18624788.
17. Müller S, Pühl S, Vieth M, Stolte M. Analysis of symptoms and endoscopic findings in 117 patients with histological diagnoses of eosinophilic esophagitis. *Endoscopy*. 2007 Apr;39(4):339-44. doi: 10.1055/s-2007-966216. PMID: 17427070.
18. Chris A. Liacouras, Jonathan M. Spergel, Eduardo Ruchelli, Ritu Verma, Maria Mascarenhas, Edisio Semeao, Jonathan Flick, Janice Kelly, Terry Brown–Whitehorn, Petar Mamula, Jonathan E. Markowitz, Eosinophilic Esophagitis: A 10-Year Experience in 381 Children, *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, Volume 3, Issue 12, 2005, Pages 1198-1206, ISSN 1542-3565, [https://doi.org/10.1016/S1542-3565\(05\)00885-2](https://doi.org/10.1016/S1542-3565(05)00885-2).
19. Sgouros, S & Bergele, C & Mantides, Apostolos. (2006). Eosinophilic Esophagitis in Adults: What is the Clinical Significance?. *Endoscopy*. 38. 515-20. 10.1055/s-2006-924983.
20. Wilkins T, Gillies RA, Thomas AM, Wagner PJ (2007) The prevalence of dysphagia in primary care patients: a HamesNet Research Network study. *J Am Board Fam Med* 20: 144-150.
21. Sura L, Madhavan A, Carnaby G, Crary MA (2012) Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clin Interv Aging* 7: 287-298.
22. Humbert IA, Robbins J (2008) Dysphagia in the elderly. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 19: 853-866, ix-x.

23. Shaker R, Staff D (2001) Esophageal disorders in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 30: 335-36, vii-viii.
24. Fucile S, Wright PM, Chan I, Yee S, Langlais ME, et al. (1998) Functional oral-motor skills: Do they change with age? *Dysphagia* 13: 195-201.
25. Drossman D (2006) *The Functional Gastrointestinal Disorders*. (3rd edn), Degnon Associates, USA.
26. Takahisa Yamasaki, et al. The Changing Epidemiology of Gastroesophageal Reflux Disease: Are Patients Getting Younger? *Journal of Neurogastroenterology and Motility* Vol. 24, No. 4 October, 2018 (559-569). <https://doi.org/10.5056/jnm18140>.
27. Clouse R, McCord G, Lustman P, et al. Clinical correlates of abnormal sensitivity to intraesophageal balloon distention. *Dig Dis Sci* 1991; 36:1040-5.
28. Clouse RE, Lustman PJ. Psychiatric illness and contraction abnormalities of the esophagus. *N Engl J Med* 1983; 309:1337-42.
29. O'Neill OM t al. Achalasia: A clinical and epidemiological review. *World J Gastroenterol* 2013 September 21;19(35):5806-5812. doi:10.3748/wjg.v19.i35.5806.
30. Anki K. Rustgi. Hashem B. El-Serag. Esophageal Carcinoma. *N Egl J Med* 2014;371:2499-506. doi:10.1056/NEJMra1314530.
31. Dellon ES, Hirano I. Epidemiology and Natural History of Eosinophilic Esophagitis. *Gastroenterology*. 2018;154(2):319-332.e3. doi:10.1053/j.gastro.2017.06.067.
32. Kim Sy, Jung HK, Lim J, Kim TO, Choe AR, Tae CH, Shim KN, Moon CM, Kim SE, Jung SA. Gender Specific Differences in Prevalence and Risk Factors for Gastro-Esophageal Reflux Disease. *J Korean Med Sci*. 2019 Jun 02;34(21):e158.
33. Khan AN, Said K, Ahmad M, Ali K, Hidayat R, Latif H. Endoscopic findings in patients presenting with oesophageal dysphagia. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2014 Apr-Jun;26(2):216-20. PMID: 25603681.
34. Ahmed, Marwa. (2015). Endoscopic Findings in Egyptian Patients with Oesophageal Dysphagia at Different Age Groups. *American Journal of Internal Medicine*. 3. 224. 10.11648/j.ajim.20150306.12.
35. Bill, Jason & Rajagopal, S & Kushnir, V & Gyawali, C.. (2018). Diagnostic yield in the evaluation of dysphagia: experience at a single tertiary care center. *Diseases of the Esophagus*. 31. 10.1093/dote/doy013.
36. Upper gastrointestinal endoscopy in patients with dysphagia: our experience. Zameerulla T., Vivekanand D., Hanumathappa B. N <https://dx.doi.org/10.18203/2349-2902.isj20195104>.
37. Teriaky A, AlNasser A, McLean C, Gregor J, Yan B. The Utility of Endoscopic Biopsies in Patients with Normal Upper Endoscopy. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2016;2016:3026563. doi: 10.1155/2016/3026563. Epub 2016 Jul 10. PMID: 27478819; PMCID: PMC4958432.
38. Minto, Moeed & Neal, David. (2019). Routine oesophageal biopsies in the investigation of dysphagia: are they cost effective?.
39. K Agar, M Medhioub, S Jardak, L Hamzaoui, A Khsiba, M Msaddek Azouz. Benefits of Esophageal Biopsies In Patients with Dysphagia and normal upper endoscopy. *Endoscopy* 2018;50(04):S138. doi:10.1055/s-0038-1637444.