

مروری بر آشالازی و درمان آن

دکتر جواد میکائیلی^۱، دکتر مرتضی خطیبیان^۲

^۱استاد، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، بیمارستان شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
^۲استادیار، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، بیمارستان شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

زمینه و هدف

آشالازی شناخته شده ترین بیماری حرکتی مری است ولی علت ایجاد آن شناخته نشده است. علائم بیشتر از یافته های فیزیکی مشخص کننده بیماری هستند. روشهای درمانی مختلف شامل درمان دارویی، تزریق توکسین بوتولیسم، دیلاتاسیون پنوماتیک و جراحی است. هدف: بررسی روشهای تشخیصی و درمانی آشالازی که در حال حاضر در دسترس می باشند.

روش بررسی

جست و جوی مقالات تحقیقی و مروری در Medline انجام شد. ما همچنین مقالات تحقیقی مرکز خودمان (مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش) را در این مقاله مروری آوردیم.

یافته ها

تعیین شدت علائم بالینی و ازوفاگوگرام زماندار قبل و بعد از درمان در ارزیابی میزان موفقیت درمان مهم است. درمان دارویی، تزریق توکسین بوتولیسم، دیلاتاسیون پنوماتیک و کاردیومیوتومی به میزانهای مختلف در بهبود علائم بیماری مؤثر هستند و هر روشی فواید و محدودیتهای خاص خود را دارد اما دیلاتاسیون پنوماتیک و جراحی مؤثرترین روشهای درمانی هستند.

نتیجه گیری

در مورد روش درمان آشالازی اتفاق نظر کلی وجود ندارد. به اعتقاد ما دیلاتاسیون پنوماتیک در اغلب بیماران مبتلا به آشالازی بهترین روش درمانی بوده و تزریق توکسین بوتولیسم و جراحی را برای بیمارانی که دیلاتاسیون خطرناک بوده و یا به حد کافی مؤثر نمی باشد باید به کار برد.

کلید واژه: آشالازی، توکسین بوتولیسم، دیلاتاسیون پنوماتیک

گوارش / دوره ۱۱، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۵، ۱۶۷-۱۷۵

تاریخ پذیرش: ۸۵/۷/۱۲

تاریخ اصلاح نهایی: ۸۵/۷/۱۰

تاریخ دریافت: ۸۵/۵/۵

زمینه و هدف

آشالازی شناخته شده ترین بیماری حرکتی مری است که حدود ۳۰۰ سال پیش تشخیص داده شد و در سال ۱۹۳۷، لندروم* علت آن را عدم شل شدن کامل اسفنکتر تحتانی مری تشخیص داد و آن را آشالازی نامید. (۱)

میزان بروز بیماری در سفیدپوستان $\frac{۱}{۱۰۰۰}$ در سال و در سیاه پوستان کمتر است و در هر دو جنس به طور یکسان دیده می شود. شیوع فAMILIAL آن نیز گزارش شده است که در این موارد اغلب در کودکان دیده می شود و ممکن است همراه اختلالاتی در سایر اعضا، نظیر عدم ترشح اشک و

نویسنده مسئول: تهران، خیابان کارگر شمالی، بیمارستان شریعتی، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد
تلفن و نمابر: ۸۸۰۱۲۹۹۲

E-mail: mikaeili@ams.ac.ir

کاهش ترشحات آدرنال باشد. (۲ و ۳)

اتیولوژی آشالازی مشخص نیست؛ علت و بررسی برای آن عنوان شده ولی با میکروسکوپ الکترونی و بررسی یافت نشده است. علل ژنتیکی و خودایمنی نیز در این بیماری مطرح است و آنتی بادی بر ضد شبکه مینتریک (Myenteric plexus) و همچنین HLADQB1 و HLADQA1 در این بیماران بیشتر از گروه کنترل بوده است. (۳) آشالازی با عدم شل شدن کامل اسفنکتر تحتانی به دنبال عمل بلع و فقدان پرستالسیس در عضلات صاف تنه مری نشان داده می شود. فشار استراحت اسفنکتر تحتانی مری نیز در اغلب موارد بالا می رود.

این بیماری در صورتی که شدت دامنه انقباضات همزمان و غیر پرستالتیک تنه مری بیشتر از ۶ mmHg باشد، Vigorous achalasia نامیده می شود. اختلال عملکرد عضلات، ثانویه به اختلالات عصبی

* Lendrum