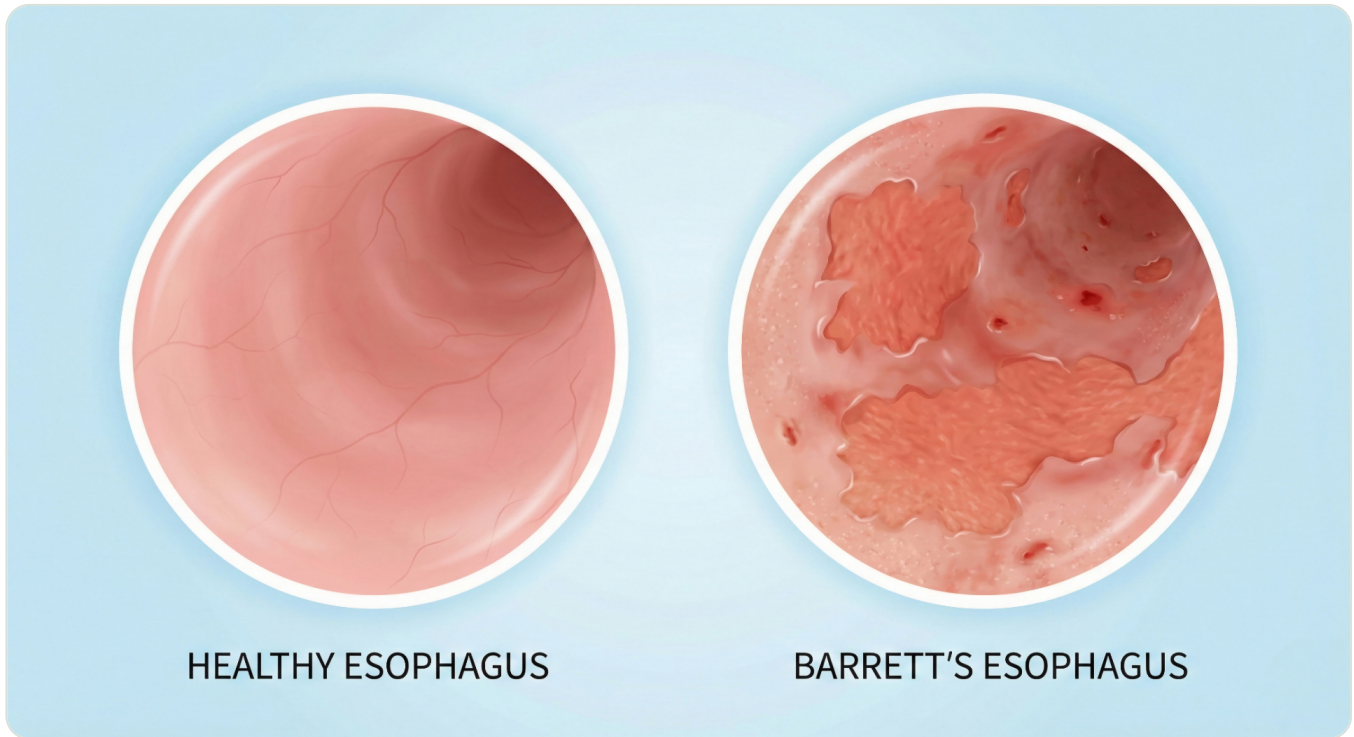




مريء باريت (Barrett's esophagus) هو حالة يتم فيها استبدال الغشاء المخاطي الظهاري الحرشفي الطبقي الطبيعي في الجزء السفلي من المريء بغشاء مخاطي من النوع الغدي (نوع معوي، *حؤول معوي* - *intestinal metaplasia*). هذا التغيير هو نتيجة للتعرض المزمن للحمض - عادةً بعد سنوات عديدة من **داء الارتجاع المعدي المريئي (GERD)** - وهو أهم عامل خطر معروف لتطور **السرطانة الغدية في المريء**.

خطر تطور السرطان بحد ذاته منخفض (حوالي 0.1-0.3% سنوياً في حالات باريت بدون خلل تنسج)، لكن الخطر حقيقي، ولهذا السبب توجد في الدنمارك توصيات محددة جيداً للتشخيص والمتابعة والعلاج. يستعرض هذا المقال كيف نتعامل في Kirurgen.dk مع مريء باريت بناءً على **الإرشادات العلاجية الوطنية للجمعية الدنماركية لأمراض الجهاز الهضمي والكبد (DSGH)** [1]، مع استكمالها بالإرشادات الأوروبية والبريطانية من **الجمعية الأوروبية للتنظير الهضمي (ESGE)** [2] و**الجمعية البريطانية لأمراض الجهاز الهضمي (BSG)** [3].

ما هو مريء باريت؟

عادةً ما يكون الغشاء المخاطي للمريء وردي اللون ومغطى بنسيج طلائي حرشفي. أما في حالة مريء باريت، فيلاحظ وجود **غشاء مخاطي بلون السلمون، مخملي الملمس**، ينمو لأعلى من المنطقة الواصلة بين المريء والمعدة (خط Z). يتم تأكيد التشخيص النهائي عن طريق **التنظير الداخلي + الخزعة**:

- **بالتنظير الداخلي**: رؤية غشاء مخاطي عمادي يمتد لمسافة ≤ 1 سم أعلى الوصلة المعدية المريئية.

- **نسيجياً: إثبات وجود دؤول معوي متخصص (specialized intestinal metaplasia) مع خلايا كأسية.**

يجب استيفاء كلا المعيارين لوضع تشخيص "مريء باريت" [1، 3].

تصنيف براغ C&M

يتم وصف مدى انتشار التغيرات باستخدام **تصنيف براغ C&M**، حيث:

- **C** = الطول المحيطي (الدائري) للجزء المتحول (المصاب بالدؤول) بالسنتيمتر.
- **M** = الطول الأقصى مقاساً من خط Z إلى أعلى امتداد "لساني" للدؤول بالسنتيمتر.

على سبيل المثال، **C2M5** تعني أن أول 2 سم من الأسفل مغطاة بالكامل بغشاء باريت، وأن أطول امتداد يصل إلى 5 سم. هذا التصنيف حاسم في تحديد وتيرة متابعة المريض.

من هم الأشخاص المعرضون للخطر؟

يظهر مريء باريت بشكل أكثر شيوعاً لدى البالغين الذين لديهم عدة من عوامل الخطر التالية [1، 3]:

- **أعراض ارتجاع مزمنة لمدة 5 سنوات أو أكثر** (حرقة الفؤاد، التجشؤ الحمضي)
- **العمر 50 عاماً أو أكثر**
- **الجنس الذكري**
- **العرق الأبيض (القوقازي)**
- **السمنة المركزية (شكل التفاحة)**
- **التدخين الحالي أو السابق**
- **قريب من الدرجة الأولى مصاب بمريء باريت أو سرطانة غدية في المريء**

توصي الجمعية الدنماركية لأمراض الجهاز الهضمي والكبد (DSGH) **بالنظر في إجراء تنظير هضمي علوي للفحص** في حالات الارتجاع طويل الأمد (≤ 5 سنوات) لدى المرضى الذين لديهم العديد من عوامل الخطر المذكورة أعلاه [1]. لا يوصى بالمسح العام للسكان.

الأعراض - ولماذا يكون التشخيص عرضياً في كثير من الأحيان

مريض باريت بحد ذاته لا يسبب أي أعراض محددة. تتم إحالة معظم المرضى لإجراء تنظير هضمي علوي بسبب أعراض الارتجاع النموذجية:

- **حرقة الفؤاد** خلف عظمة القص
- **ارتجاع الحمض** (regurgitation)
- **صعوبة في البلع** (عسر البلع - dysphagia)
- **سعال مزمن، بحة في الصوت** أو أعراض تشبه الربو

أعراض الإنذار، التي تستدعي إجراء تنظير هضمي علوي عاجل، تشمل [1، 3]:

- صعوبة أو ألم عند البلع
- فقدان وزن غير مبرر
- تقيؤ دم أو براز أسود (انظر أيضاً مقالنا حول [البراز الأسود \(ميلينا\)](#))
- فقر دم مزمن دون تفسير آخر
- تقيؤ مستمر

التشخيص - بروتوكول سياتل

عند ملاحظة وجود غشاء باريت المخاطي بالتنظير، تصبح استراتيجية أخذ الخزعات حاسمة لتجنب إغفال وجود خلل تنسج أو سرطان مبكر.

توصي الجمعية الدنماركية لأمراض الجهاز الهضمي والكبد (DSGH) **بروتوكول سياتل لأخذ الخزعات** [1، 2]:

1. **خزعات موجهة** من جميع المناطق غير الطبيعية المرئية (عقيدات، تقرحات، تغيرات في اللون). استخدام **تصنيف باريس (Paris Classification)** لوصف الشكل والارتفاع.
2. **أخذ خزعات من أربعة أرباع كل 2 سم** على امتداد قطاع باريت بالكامل (كل 1 سم إذا كان هناك خلل تنسج معروف).
3. تُرسل الخزعات في أوعية منفصلة ومعلّمة حسب المستوى الذي أُخذت منه.
4. استخدام **التنظير عالي الدقة بالضوء الأبيض (HD-WLE)** و **التنظير الصبغي الافتراضي (NBI) أو ما يعادله** يزيد من الكشف عن خلل التنسج ويجب أن يكون الإجراء القياسي [1، 2].

يتم تقييم الأنسجة من قبل أخصائي علم أمراض متخصص في أمراض الجهاز الهضمي، ويجب دائماً تأكيد وجود خلل التنسج من قبل أخصائي علم أمراض آخر قبل البدء في العلاج [1، 3].

المتابعة - تعتمد على طول القطعة المصابة ووجود خلل التنسج

تتبع فترات المتابعة توصيات الجمعية الدنماركية لأمراض الجهاز الهضمي والكبد (DSGH)، والتي تتماشى مع إرشادات الجمعية البريطانية (BSG) والجمعية الأوروبية (ESGE) [1، 2، 3]. الخطوط العريضة هي:

النتيجة	المتابعة الموصى بها
قطعة قصيرة > 3 سم بدون حؤول معوي	لا حاجة للمتابعة الروتينية
قطعة قصيرة > 3 سم مع حؤول معوي	تنظير هضمي للمتابعة كل 3-5 سنوات
قطعة طولها 3-10 سم	تنظير هضمي للمتابعة كل 2-3 سنوات
قطعة ≤ 10 سم	يُحال إلى قسم متخصص (مركز خبرة)
غير محدد لوجود خلل تنسج	تحسين العلاج بمثبطات مضخة البروتون (PPI) وإعادة التنظير بعد 6 أشهر
خلل تنسج منخفض الدرجة (LGD) مؤكد	يُعرض على المريض علاج الاستئصال بالتنظير؛ أو كبديل، المتابعة كل 6-12 شهراً
خلل تنسج عالي الدرجة (HGD) أو سرطانية داخل الغشاء المخاطي	الاستئصال بالمنظار (EMR/ESD) + الاستئصال بالترددات الراديوية (RFA) في مركز خبرة

"تتم متابعة المرضى الذين يعانون من مريء باريت المؤكد نسيجياً بدون خلل تنسج على فترات زمنية تعتمد على طول القطعة المصابة. يجب تأكيد خلل التنسج منخفض الدرجة من قبل أخصائي علم أمراض آخر (second-opinion)، وعند تأكيد التشخيص، يُعرض على المريض علاج الاستئصال بالتنظير" - الجمعية الدنماركية لأمراض الجهاز الهضمي والكبد، الإرشادات الوطنية لمريء باريت [1]

العلاج

1. الكبت الأمثل للحمض

يجب علاج جميع مرضى مريء باريت **بمثبطات مضخة البروتون (PPI)** بجرعة كافية للسيطرة على أعراض الارتجاع والحفاظ على الغشاء المخاطي خالياً من التهاب المريء المرئي [1، 3]. من المحتمل أن تقلل مثبطات مضخة البروتون من خطر تطور خلل التنسج، لكنها لا تقضي عليه تماماً.

اقرأ المزيد عن كبت الحمض ونمط الحياة في مقالنا حول الارتجاع المعدي المريئي / ارتجاع حمض المعدة.

2. تغييرات نمط الحياة

يوصى بنفس الإجراءات المتبعة في حالة الارتجاع المعدي المريئي:

- **إنقاص الوزن** في حال السمنة
- **الإقلاع عن التدخين**
- **رفع رأس السرير** وعدم تناول وجبات في آخر 2-3 ساعات قبل النوم
- تقليل الكحول والقهوة والمثيرات المعروفة

3. العلاج بالمنظار لخلل التنسج والسرطان المبكر

عند الكشف عن خلل التنسج أو السرطانة داخل الغشاء المخاطي، يكون العلاج اليوم **بالتنظير الداخلي** ويتم في مراكز الخبرة [1، 2، 3]:

- **استئصال الغشاء المخاطي بالمنظار (EMR)** أو **تشريح تحت المخاطية بالمنظار (ESD)** للآفات المرئية - وهو إجراء تشخيصي وعلاجي في آن واحد.
- **الاستئصال بالترددات الراديوية (RFA)** للقطعة المتبقية من مريء باريت لإزالة خطر ظهور بؤر جديدة لخلل التنسج.
- **العلاج بالتبريد (Cryotherapy)** كبديل محتمل للاستئصال بالترددات الراديوية (RFA).

حل العلاج بالمنظار محل استئصال المريء بالجراحة المفتوحة كخيار أول في حالات خلل التنسج عالي الدرجة (HGD) والسرطانة الغدية T1a، مع معدلات شفاء تتجاوز 90% ومعدل مراضة أقل بكثير [2، 3].

4. جراحة مضادة للارتجاع

لا يوصى بإجراء جراحة مضادة للارتجاع (عادةً **طي قاع المعدة بالمنظار**) بشكل روتيني للوقاية من السرطان في حالات مريء باريت [1، 3]. يمكن النظر في هذا الإجراء للمرضى الذين يعانون من أعراض ارتجاع مستمرة على الرغم من العلاج الطبي الأمثل، أو في حالات ارتجاع كميات كبيرة من السوائل (volumen-reflux) التي لا تستطيع مثبتات مضخة البروتون السيطرة عليها.

متى يجب إحالتك؟

كمريض، يجب أن تتحدث مع طبيبك العام حول الإحالة لإجراء **تنظير هضمي علوي** إذا كان لديك:

- أعراض ارتجاع لأكثر من **5 سنوات** مع وجود عدة عوامل خطر (العمر، الجنس الذكري، السمنة، التدخين، تاريخ عائلي).
- أعراض إنذار كما هو موضح أعلاه - بغض النظر عن العمر.
- تشخيص سابق لمريء باريت بدون خطة متابعة.

في عيادة Kirurgen.dk، نجري **التنظير الهضمي العلوي عن طريق الفم و التنظير الهضمي العلوي عن طريق الأنف** (انظر **التنظير الأنفي مقابل التنظير الفموي**) في نفس زيارة العيادة، ومع وجود إحالة من طبيبك العام، يكون الفحص مجانياً ضمن التأمين الصحي العام.

المآل (التكهن الطبي)

بالنسبة للمريض المصاب بمريء باريت **بدون خلل تنسج**، يكون الخطر السنوي لتطور السرطانة الغدية منخفضاً - حوالي 0.1-0.3% سنوياً [3]. يكون الخطر أعلى في حالات القطع الطويلة وعند وجود خلل تنسج مؤكد. تقلل برامج المتابعة المنظمة من معدل الوفيات عن طريق الكشف عن خلل التنسج أو السرطان المبكر في مرحلة يكون فيها العلاج بالمنظار شافياً [1، 2، 3].

الرسالة الأهم هي أن **مريء باريت ليس هو نفسه السرطان** - بل هو حالة تتطلب متابعة منظمة. مع السيطرة الجيدة على الحمض، ونمط حياة معقول، وبرنامج المتابعة المتفق عليه، يكون المآل جيداً لغالبية المرضى.

هل ترغب في فحص الارتجاع لديك؟

إذا كنت تعاني من أعراض ارتجاع طويلة الأمد، أو أعراض إنذار، أو لديك تشخيص سابق لمريء باريت يحتاج إلى متابعة، فنحن نرحب بك لـ [الاتصال بالعيادة](#) لحجز موعد. مع وجود إحالة من طبيبك العام، يكون التشخيص والعلاج مجانيًا.

لقد قمنا أيضاً بتجميع دليل موجز للمريض حول [مريء باريت](#) يحتوي على معلومات عملية حول التنظير الهضمي العلوي، ومسار المتابعة، والتحضير.

أسئلة شائعة حول مرء باريت

ما هي أعراض مرء باريت؟

مرء باريت بحد ذاته لا يسبب أي أعراض محددة. يتم اكتشاف معظم الحالات بالصدفة أثناء تنظير هضمي علوي يتم إجراؤه بسبب ارتجاع طويل الأمد - حرقه الفؤاد، التجشؤ الحمضي، [صعوبة البلع](#)، أو السعال المزمن. يجب دائماً فحص أعراض الإنذار مثل صعوبة البلع، وفقدان الوزن غير المبرر، وتقيؤ الدم، أو البراز الأسود بسرعة.

هل مرء باريت هو نفسه السرطان؟

لا. مرء باريت هو حالة ما قبل سرطانية، حيث يكون خطر الإصابة بالسرطانة الغدية مرتفعاً قليلاً - حوالي 0.3-0.1% سنوياً في حالات باريت بدون خلل تنسج. الغالبية العظمى من المرضى لا يصابون بالسرطان أبداً، والمتابعة المنظمة تكتشف أي خلل تنسج في مرحلة يمكن علاجه فيها بالمنظار.

كيف يتم التشخيص؟

يتطلب التشخيص كلاً من **التنظير الهضمي العلوي**، حيث يرى الطبيب الغشاء المخاطي المميز بلون السلمون على امتداد ≤ 1 سم فوق خط Z، وأخذ خزعة مع الكشف النسيجي عن وجود دوائر معوي متخصص. يتم أخذ الخزعات وفقاً لـ **بروتوكول سياتل**: 4 خزعات كل 2 سم + خزعات موجهة من أي مناطق غير طبيعية مرئية.

كم مرة يجب أن أخضع للمتابعة؟

يعتمد ذلك على طول القطعة المصابة وما إذا كان هناك خلل تنسج (وفقاً لتوصيات DSGH):

- **قطعة قصيرة (> 3 سم) بدون خلل تنسج:** كل 3-5 سنوات.
- **قطعة متوسطة (3-10 سم):** كل 2-3 سنوات.
- **قطع طويلة (≤ 10 سم):** يُحال إلى مركز خبرة.
- **خلل تنسج منخفض الدرجة:** يُعرض على المريض علاج الاستئصال بالمنظار أو المتابعة كل 6-12 شهراً.
- **خلل تنسج عالي الدرجة/سرطان مبكر:** استئصال بالمنظار + استئصال بالترددات الراديوية في مركز خبرة.

ما هو العلاج المتاح؟

يحصل جميع المرضى على **مثبطات مضخة البروتون (PPI)** بجرعة كافية ونصائح حول نمط الحياة (إنقاص الوزن، الإقلاع عن التدخين، رفع رأس السرير). في حالة وجود خلل تنسج مؤكد أو سرطان داخل الغشاء المخاطي، يُعرض **العلاج بالمنظار (EMR/ESD + RFA)** في مركز خبرة. لا يوصى بجراحة مضادة للارتجاع بشكل روتيني للوقاية من السرطان.

هل يمكن أن يختفي مريء باريت؟

الغشاء المخاطي المتحول بحد ذاته لا يختفي تلقائياً، ولكن يمكن إزالته علاجياً عن طريق الاستئصال بالترددات الراديوية (RFA) في حالات خلل التنسج. تعمل مثبطات مضخة البروتون وتغييرات نمط الحياة على إبطاء تقدم المرض، لكنها لا تقضي على الخطر تماماً - ولهذا السبب يوصى بالمتابعة المستمرة.

كيف يتم إجراء التنظير الهضمي العلوي؟

يستغرق الفحص من 10 إلى 20 دقيقة ويتم إجراؤه تحت تخدير موضعي للحلق - وقد يتم استكمالها بدواء مهدئ. يجب أن تكون **صائماً من منتصف الليل**. اقرأ [دليل المريض حول التنظير الهضمي العلوي والتنظير الأنفي مقابل التنظير الفموي](#) للحصول على تفاصيل عملية.

متى يجب إحالتي؟

تحدث مع طبيبك العام حول الإحالة إذا كنت تعاني من **أعراض ارتجاع لأكثر من 5 سنوات** مصحوبة بعوامل خطر (عمر > 50، جنس ذكري، سمنة، تدخين، تاريخ عائلي لمريء باريت أو سرطان المريء)، أو إذا كانت لديك أعراض إنذار. مع وجود إحالة، يكون التشخيص مجانياً ضمن التأمين الصحي العام.

اقرأ أيضاً

- [ارتجاع حمض المعدة \(GERD\)](#)
- [التهاب المريء اليوزيني \(EoE\)](#)
- [جراثومة المعدة وقرحة المعدة](#)
- [صعوبة البلع \(عسر البلع\)](#)
- [البراز الأسود \(ميلينا\)](#)
- [التنظير الأنفي مقابل التنظير الفموي](#)

المصادر

1. **الجمعية الدنماركية لأمراض الجهاز الهضمي والكبد (DSGH).** الإرشادات العلاجية الوطنية: مريء باريت - التشخيص والمتابعة والعلاج. dsgh.dk.

2. **Weusten BLAM, Bisschops R, Coron E, et al.** Endoscopic management of Barrett's esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. *Endoscopy* 2017;49(2):191-198 (محدث 2023).

3. **Fitzgerald RC, di Pietro M, Ragnath K, et al.** British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of Barrett's oesophagus. *Gut* 2014;63(1):7-42 (تحديث 2023 BSG).

4. **Shaheen NJ, Falk GW, Iyer PG, et al.** ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Barrett's Esophagus. *Am J Gastroenterol* 2022;117(4):559-587.

5. **Sharma P, Dent J, Armstrong D, et al.** The development and validation of an endoscopic grading system for Barrett's esophagus: the Prague C&M criteria. *Gastroenterology* 2006;131(5):1392-1399.

نمت مراجعة المقال من الناحية الطبية من قبل أخصائي الجراحة د. بحير هادي، عيادة Kirurgen.dk، شارلوتينلوند.