

لاپاروسکوپي و موارد استعمال آن در کلينيك

پريتونسکوپي یک وسيله تشخيصي قديمي است ولي فقط در سالهاي اخير عموميت يافته اولين کسی که در حدود یک قرن پيش اين وسيله را برای تشخيص بکار برده است (Kelling) یک جراح آلمانی بوده که یک سيستوسکپ را برای ملاحظه اعضاء داخل شکم یک سگ بکار برده است. او اسم اين وسيله را (Koelioskopie) ناميده است اين کلمه از زبان يونانی گرفته شده (Koilia) در زبان يونانی بمعنی شکم است در آن زمان پريتونسکوپي طرفدار زیادی پيدا نکرد تا اینکه ۱۰ سال بعد (Jacobaeus) سوئدي بدون اطلاع از کارهای قبلي (Kelling) شرح مشابهی از پريتونسکوپي انتشار داد و اين عمل را (Laparoscopy) ناميد و شرح حال نوزده بیمار را که لاپاراسکوپي شده بودند انتشار داد بنابراین میتوان گفت ژاکوپس اولين شخصي است که روش عمل و نتايج کلينيکی لاپاراسکوپي را شرح داده در سال ۱۹۱۱ (Bernheim) آمريکائی شرح لاپاراسکوپي دو بیمار را که دارای درد شکم بوده اند و با پريتونسکوپي تشخيص بیماری آنها داده شده شرح داد با وجود اين پريتونسکوپي آنطور که شايد و بايد مورد توجه قرار نگرفت شايد علت اين موضوع پيشرفت سريع رادیوگرافي در تشخيص بیمارهای شکم بوده است بطوریکه تا مدت ها اين عمل بيشتر در آلمان انجام ميشد و ساير سمالک کمتر از آن استفاده ميکردند. در سال ۱۹۲۷ (Korbsch) یک سري از عکسهای مربوط به ۳۰۰ لاپاروسکوپي را انتشار داد بعدها کارهای (Kalk) در آلمان و (Ruddock) در ممالک متحده آمريکا توجه متخصصين جهازهاضمه را به پريتونسکوپي جلب کرد در ظرف ۱۰ سال اخير مطالب زیادی در اين زمینه در نقاط مختلف دنيا انتشار يافته که همگی مفيد بودن اين آزمایش را نشان ميدهد مخصوصاً از زمانی که تهيه عکسهای رنگی از اعضاء داخل شکم ضمن پريتونسکوپي معمول شده است اين وسيله بيش از پيش مورد استفاده قرار ميگيرد.

شرح مختصري از وسيله لاپاراسکوپي

اکثر لاپاراسکوپهائی که تا کنون ساخته شده بیکديگر شبیه است و فقط در دستگاه تنظيم

نور و عکاسی آنها اختلافاتی وجود دارد بطور کلی یک لاپاراسکوپ از قسمتهای زیر ساخته شده است :

۱- تروکار

۲- غلاف تروکار .

۳- کانول مخصوصی که حامل دستگاه اپتیک است .

در پرتونوسکوپ کالک نور بوسیله لامپی که دارای یک فیلمان مضاعف است و به انتهای کانول وصل شده تأمین میشود فیلمان نازک تر نور کمی ایجاد میکند و برای آزمایش ساده کافی است . از فیلمان قویتر فقط در موقع عکس برداری استفاده میشود . طول کلی دستگاه ۲۹۲ میلیمتر و قطر دستگاه فقط ۶/۴ میلیمتر میباشد این پرتونوسکوپ دارای دو ترانسفوسور است که برای دو فیلمان مذکور مورد استفاده قرار میگیرد دوربین های عکاسی مختلفی ممکن است بدستگاه وصل شود از دوربین عکاسی (Leica) بیشتر از سایر دوربین ها استفاده میشود سایر پرتونوسکوپها به پرتونوسکوپ کالک شبیه است فقط تغییرات مختصری در دستگاه اپتیک آنها وجود دارد .

پرتونوسکوپ هائی که بیشتر از همه در حال حاضر مورد استفاده است عبارتند از :

Kalk - Ruddock - Foures و Menghini

طریقه پرتونوسکوپی - برای پرتونوسکوپی معمولاً احتیاج به اطاق جراحی نیست

ولی البته در صورتیکه در اطاق جراحی این عمل انجام شود بهتر است بیمار بایستی از دوازده ساعت قبل از شروع عمل غذا نخورده باشد تنقیه قبل از پرتونوسکوپی مخصوصاً اگر بیمار نفخ داشته باشد مفید خواهد بود برای سداسیون قبل از لاپاروسکوپی از سرفین و (Nembutal) و مشابهین آنها استفاده میشود ویتامین K برای کلیه بیمارانیکه پرتونوسکوپی میشوند تزریق میشود مخصوصاً اگر بیمار یرقان داشته باشد تزریق ویتامین K ضروری است برای پرتونوسکوپی لازم است از لباس و ساسک و دستکش استریل استفاده شود محل عمل بوسیله پروکائین $\frac{1}{100}$ بی حس میشود . قسمت بی حس شده باید لااقل سه سانتیمتر باشد Benedict معتقد است که محل انسزیون بایستی روی خط وسط شکم پائین یا بالای ناف باشد کالک انسزیون را در حدود دوسانتیمتر خارج خط وسط شکم قرار میدهد بدین ترتیب از پاره شدن شریان اپی - گاستریک و لیگمانها جلوگیری بعمل میآید پس از آنکه اسباب بداخل فضای پرتیون وارد شد در حدود سه هزار تا چهار هزار میلی لیتر هوا بوسیله یک پمپ که بدستگاه متصل است با فشار دست بداخل شکم میدهم سپس قسمت داخلی تروکار را خارج کرده و تلسکوپ دستگاه را

بداخل غلاف تروکار که در داخل شکم باقی مانده وارد میکنیم انسوفلاتور مخصوصی توسط Foures ساخته شده که روی آن یک مانومتر قرار گرفته و وسیله آن میتوان فشار هوای وارد شده در پریتون را اندازه گیری کرد هر قدر هوای داخل شده در صفاق بیشتر باشد اعضاء داخل شکم به تدریج می شود در ضمن خطر پاره کردن احشاء کمتر است برای پریتونسکوپي معمولاً بیمار در سطح افقی قرار میگیرد در این وضعیت مشاهده کبد و احشاء قسمت فوقانی شکم به آسانی صورت میگیرد در صورتیکه استیجان اعضاء زنانه مورد نظر باشد لازم است بیمار در وضعیت ترندلنبرگ قرار گیرد در صورتیکه بیمار اسیت داشته باشد بایستی قبل از عمل پونکسیون شود تمام این اعمال باید در محیط کاملاً استریل صورت گیرد پس از پریتونسکوپي هوای موجود در پریتون بایستی تماماً خارج شود با فیماندن هوا در پریتون سبب درد شکم می شود این درد مخصوصاً بشانه و گردن انتشار پیدا میکند عکسبرداری از احشاء داخل شکم با وصل کردن دوربین به پریتونسکوپ مقدور است برای عکسبرداری اطاق عمل بایستی تاریک شود و از هر عضو داخل شکم لااقل دو عکس در فواصل مختلف گرفته شود ممکن است در عین حال با وصل کردن دوربین مخصوصی از اعضا داخل شکم فیلمبرداری کرد زمانیکه برای پریتونسکوپي لازم است بستگی به اشکالاتی دارد که حین عمل پیش می آید معمولاً پریتونسکوپي در حدود بیست دقیقه طول میکشد بعد از پریتونسکوپي برای مدت چهار ساعت هر نیم ساعت یک مرتبه بایستی از بیمار عیادت بعمل آید بعد از لاپاراسکوپي لازم است چهل و هشت ساعت بیمار در بستر استراحت کند در صورتی که اسیت موجود باشد باید بعد از عمل شکم محکم بانداز شود و بیدنی وسیله از خارج شدن مایع از محل زخم جلوگیری بعمل خواهد آمد استعمال آنتی بیوتیک بصورت تزریق عضلانی یا ریختن در حفره شکم لزومی ندارد مگر آنکه رعایت ضد عفونی بخوبی نشده باشد پریتونسکوپي هیچگاه نباید برای بیمارانی مرطائی انجام شود.

بیوپسی کبد و پریتونسکوپي - ممکن است ضمن پریتونسکوپي بیوپسی کبد انجام شود مخصوصاً در بیمارانی که حاد سرطان متاستاتیک کبد زده میشود چون ضایعه بطور پراکنده در نقاط مختلف کبد وجود دارد این طرز بیوپسی که باید مستقیم انجام میگیرد بر بیوپسی از راه پوست رجحان دارد.

کلانژیوگرافی و پریتونسکوپي - ممکن است ضمن پریتونسکوپي کلانژیوگرافی نیز بعمل آید این عمل ابتدا بوسیله Royer انجام شده ولی اخیراً بعلت معمول شدن (Trans-hepatic Cholangiography) این روش کمتر مورد استعمال دارد.

پریتونسکوپی واسپلنوپرتوگرافی - اینعمل ابتدا بوسیله (Wannagat) انجام شده ولی بعلت خطراتیکه ایجاد میکند چندان معمول نیست.

موارد استعمال پریتونسکوپی

بدیهی است پریتونسکوپی موقعی باید انجام گیرد که روش های تشخیصی دیگر مخصوصاً رادیوگرافی کمک مؤثری به تشخیص نکرده باشد. Lenzi معتقد است اینعمل برای ضایعات غیر مشخص شکم که با وسائل دیگر تشخیص داده نشده و مخصوصاً به دلایلی لاپاراتومی میسر نباشد بایستی انجام شود بطور کلی موارد استعمال پریتونسکوپی بقرار زیر است:

۱- تشخیص افتراقی اسیت - هرگاه علت اسیت معلوم نباشد بوسیله پریتونسکوپی میتوان ضایعات کبد، پریتون و اعضاء تناسلی را بخوبی مشخص کرد و اتیولوژی اسیت را یافت.

۲- تشخیص افتراقی هپاتومگالی - بوسیله پریتونسکوپی میتوان تشخیص هپاتومگالی بعلت سیروز - سرطان کبد - کیست هیداتیک و غیره را داد.

۳- تشخیص افتراقی یرقان - هرگاه وسائل تشخیصی دیگر نوع و علت یرقان را مشخص نکنند بوسیله پریتونسکوپی میتوان یرقان های هپاتوسلولر را از یرقان های انسدادی تشخیص داد.

۴- تشخیص افتراقی افزایش فشار ورید پورت - با بررسی وضع ظاهری کبد میتوان انسداد خارج کبدی در سیروید پورت را مشخص کرد.

۵- بررسی ضایعات دستگاه تناسلی.

۶- بوسیله پریتونسکوپ میتوان وضع پیشرفت سرطان های اولیه و ثانویه احشاء داخل شکم را بررسی کرد. اینعمل امکان جراحی یا غیر قابل عمل بودن ضایعه سرطانی را نشان میدهد.

۷- پریتونسکوپی برای تحقیق و مطالعه درباره بیماریهای تجربی روی حیوانات آزمایشگاهی بکار می رود همچنین استثنائاً برای تشخیص علت اسپلنومگالی بکار رفته است در ضربه های شکمی بوسیله پریتونسکوپ میتوان وسعت ضایعات داخل شکم را مشخص کرد بالاخره در بعضی از موارد پریتونسکوپی میتواند جانشین اتوپسی باشد.

موارد عدم استعمال

لاپاروسکوپی معمولاً بخوبی تحمل میشود و اصولاً موارد عدم استعمال مطلق وجود ندارد بنظر (Benedict) حتی در مورد بیماریاتی که حال عمومی آنها بسیار بد است ممکن است مورد استفاده قرار گیرد مع الوصف در موارد زیر نبایستی از لاپاروسکوپی استفاده کرد.

۱- بیماریهای قلبی - چون برای مشاهده دقیق اعضاء داخل شکم لازم است مقداری هوا در شکم دمیده شود ممکن است این عمل روی قلب و عروق تأثیرات نامطلوب داشته باشد

و سبب نارمائی حاد قلب شود علیهذا بیمارانیکه ضایعه قلبی دارند نباید پریتونسکوپي شوند.

۲- عفونت های حاد - در بیماران تب دار نباید این عمل انجام گیرد زیرا ممکن است یک عفونت موضعی بدینوسیله منتشر شود. لاپاروسکوپي در ضایعات عفونی ریه ممنوع است.

۳- بیماریهای خونریزی دهنده - در بیماریهای خونریزی دهنده لازم است قبل از لاپاروسکوپي در صورت امکان وضعیت بیمار اصلاح شود.

۴- چسبندگیهای موضعی - در بیمارانیکه سابقه پریتونیت انسداد روده و جراحی های متعدد شکم وجود دارد بعلت چسبندگیهای فراوان لاپاراسکوپي مشکل است فقط در صورتیکه ضایعات شکمی محدود باشد ممکن است این عمل با موفقیت انجام شود.

۵- فتق - فتق مغبنی و نافی قبل از عمل بایستی بانداژ شود بیمارانیکه مبتلا به فتق دیافراگماتیک هستند نبایستی پریتونسکوپي شوند. Kalk شرح حال بیماری را میدهد که در نتیجه افزایش فشار داخل شکمی بعلت وارد کردن هوا در صفاق بطور ناگهانی وفات یافته است در اتوپسی علت سرگ فتق مختنق دیافراگم تشخیص داده شده علاوه بر این در بیمارانیکه دارای عضلات شکمی بسیار قوی هستند (Athletes) معمولاً داخل کردن وسیله لاپاراسکوپي بداخل شکم تا اندازه ای مشکل است بنابراین بهتر است لاپاروسکوپي نشوند.

عوارض پریتونسکوپي

عوارض پریتونسکوپي نسبتاً محدود است شاید بتوان گفت عوارض آن کمتر از بیوپسی کبد است بطور کلی عوارض زیر را باید در نظر داشت:

الف - درد - غالب بیماران هنگام وارد کردن هوا بداخل شکم احساس ناراحتی میکنند در صورتی که درد بسیار شدید باشد بایستی از ادامه عمل خودداری کرد پس از خارج کردن هوا از شدت درد کاسته خواهد شد.

ب - سوراخ شدن احشاء - پرفوراسیون احشاء داخل شکم گاهی اتفاق می افتد طبق آمار رودلک (Ruddolk) در پانصد لاپاروسکوپي هشت مورد پرفوراسیون دیده شده پرفوراسیون بیشتر در بیمارانیکه دارای چسبندگی روده بجدار شکم باشند ایجاد میشود هرگاه کلون سوراخ شود اتساع شکم بوجود می آید و احساس شدید اجابت مزاج به بیمار دست میدهد و وارد کردن اسباب پریتونسکوپي با کنترل فلوروسکوپیک از بروز پرفوراسیون تا اندازه ای جلوگیری میکند Lenzi درین ۶۴ پریتونسکوپي یک مورد پرفوراسیون کلون گزارش کرده است. Kalk در... ۲ لاپاروسکوپي فقط یک مورد پرفوراسیون کلون مشاهده کرده. طبق آمار دیگری از Ruddolk بین ۲۰۰ نفر که پریتونسکوپي شده اند در هشت نفر پرفوراسیون کلون ایجاد

شده معمولاً پرفوراسیون خود بخود بهبود مییابد در صورتیکه سوراخ ایجاد شده خیلی بزرگ باشد عمل جراحی را ایجاب میکند در ۳۰۰ هزار پریتونسکوپی که در ژاپن انجام شده هشت مورد آمفیژم مدیاستن مشاهده شده آمبولی هوایی از عوارض بسیار نادر لا پاراسکوپی است.

پ - پارگی عروق - پارگی عروق جدار شکم مخصوصاً در بیمارانیکه افزایش فشار ورید باب داشته باشند دیده میشود خونریزی معمولاً خود بخود و یا بوسیله تاسپون قطع میشود بدیهی است در صورتی که خونریزی شدید باشد احتیاج به لیگاتور خواهیم داشت پارگی آئورت و عروق اپیکاستریک بندرت اتفاق میافتد.

پریتونیت صفاوی در بیمارانیکه ضمن لا پاروسکوپی بیوپسی کبد میشوند دیده میشود پارگی کبد و سایر احشاء در نتیجه بیوپسی گاهی دیده شده مع الوصف مرگ و میر در نتیجه پریتونسکوپی بسیار کم است طبق آمار (Kalk) در سه هزار لا پاراسکوپی هیچگونه مرگ و میر وجود نداشته همچنین (Caroli) ۲۷۰۰ پریتونسکوپی را بدون عارضه انجام داده Royer بین ۶۰۰۰ پریتونسکوپی دوسرگ گزارش میدهد.

تشخیص پریتونسکوپیک

مشاهدات طبیعی - بوسیله پریتونسکوپ ممکن است $\frac{3}{4}$ قدامی کبد را بخوبی مشاهده کرد همچنین قسمتی از سطح تحتانی کبد دیده میشود رنگ طبیعی کبد معمولاً قرمز تیره یا صورتی است کیسه صفرا روی کلون ترانسورس قرار گرفته قسمت تحتانی کیسه صفرا بد آسانی دیده میشود در حالیکه گردن کیسه صفرا و کانال سیستیک بخوبی مشاهده نمیشود هرگاه کیسه صفرا پر باشد برنگ خاکستری متمایل به آبی بظن میرسد در صورتیکه کیسه صفراوی خالی برنگ خاکستری متمایل به سفید دیده میشود.

طحال در صورتیکه اسپلنومگالی وجود نداشته باشد در پریتونسکوپی دیده نمیشود و بوسیله معده و زاویه طحالی کلون پوشیده شده.

قسمتهائی از روده که در پریتونسکوپی دیده میشود عبارتست از کلون صعودی، کلون ترانسورس، زاویه کبدی کلون و بالاخره اثنی عشر. رنگ احشاء غالباً صورتی است و در بعضی موارد برنگ آبی کم رنگ دیده میشود همچنین حرکات دودی که از روده های کوچک سرچشمه میگیرد و بطرف کلون پیش میآید در پریتونسکوپی نمایان است.

اعضای داخل لگن در حال عادی بوسیله پریتونسکوپ دیده نمیشود برای دیدن احشاء داخل لگن لازم است بیمار در وضعیت ترن دلتبورگ قرار گیرد در این وضعیت احشاء داخل شکم بطرف دیافراگم کشیده میشود و مشاهده اعضا داخل لگن مقدور خواهد بود.

مشاهده بیمارهای کبد بوسیله لاپاروسکوپی

هپاتیت - در هپاتیت کبد متورم قرمز رنگ و براق بنظر میرسد لبه قداسی کبد تا اندازه ای گرد شده بعضی اوقات بعلت رسوب فیبرین کبد برنگ سفید دیده میشود کیسه صفرا خالی از صفرا بنظر میرسد در هپاتیت مزمن کبد شفافیت خود را از دست میدهد سطح آن ناهموار و کناره آن نامنظم میشود و رویه همرفته کبد یخ زده بنظر میآید کپسول گلیسون دارای چین چروک متعددی میشود در نقاط نکروزه کبد برنگ سیاه نمایان است و ندولهای در سطح آن مشاهده میشود هرگاه استاز صفرا موجود باشد این ندولها سبز رنگ است. در یرقان شدید کبد برنگ سبز تیره در میآید و در این زمینه سبز رنگ نقاط قرمز که مؤید التهاب ساول کبدی است مشاهده می شود.

سیروز - تشخیص سیروز در پرتو نسکوپي بسادگی داده میشود ندولهای متعددی در سطح کبد وجود دارد که بوسیله شیارهایی از یکدیگر جدا شده است کنار قداسی کبد تیز است و بشکل یک نوار سخت مشاهده میشود این علامت اختصاصی سیروز است و برای تشخیص سیروز حائز اهمیت میباشد تماس نوک پرتو نسکوپ به کبد سختی فوق العاده آنرا مشخص میکنند عروق متعددی در لیگمان فالسیفرم بچشم میخورد این عروق مؤید افزایش فشار ورید پورت است.

کارولی معتقد است سندرم (Budd - Chiari) در پرتو نسکوپي بخوبی قابل تشخیص است بدین معنی که عروق متعددی در ناحیه لیگمان سوپاناسور کبد مشهود است که بطرف دیافراگم کشیده شده همچنین کبد فوق العاده کنژستیون بنظر میرسد.

درهما کروماتوز کبد برنگ سیاه دیده میشود در شروع شیمستوز میاز کبدی ضایعات حاصله شبیه به هپاتیت است و در مراحل پیشرفته شیمستوز میاز کبد منظره سیروز پست نکروتیک را پیدا میکند.

یرقان - در یرقان انسدادی خارج کبدی بعلت ضایعات بدخیم مجاری صفراوی و پانکراس کبد بزرگ شده و برنگ قهوه ای متمایل به سبز درآمده است هرگاه احتباس صفرا بسیار شدید باشد کبد تقریباً برنگ سیاه دیده میشود گاهی ترشح فیبرین روی کبد را پوشانده بطوریکه رنگ واقعی کبد دیده نمیشود کیسه صفرا کاملاً متسع و برنگ آبی نمایان میشود هرگاه انسداد در ناحیه ناف کبد باشد کیسه صفرا خالی است و شکل ظاهری کبد و مجاری صفراوی شبیه به یرقانهای انسدادی داخل کبدی خواهد بود. Caroli معتقد است که تشخیص انسداد داخل کبدی و خارج کبدی باتوجه به نکات زیر صورت میگیرد: در انسداد

خارج کبدی گاهی مجاری صفراوی که متسع شده است در زیر کپسول گلیسون سلاخه می شود و از آن گذشته لبه قدامی در یرقان انسدادی خارج کبدی شکل طبیعی خود را از دست داده کبد کنترسیونه و بسیار بزرگ شده است در صورتیکه در یرقان انسدادی داخل کبدی کناره قدامی کبد تیز است و هپاتومگالی به اندازه یرقان انسدادی خارج کبدی نیست در جریان پریتونوسکوپی گاهی متاستاز سرطانی دیده می شود و به تشخیص کمک می کند در یرقان انسدادی بعلت سنگ کیسه صفرا ملتهب و تغییر رنگ داده و گاهی به اطراف چسبندگی پیدا کرده است.

تومورهای کبدی

کارسینوم متاستاتیک کبد غالباً در پریتونوسکوپی تشخیص داده می شود. تومور به اندازه های مختلف ممکن است دیده شود رنگ تومور سفید متمایل بزرده است در اطراف تومور هاله قرمز رنگی قرار گرفته گاهی اطراف تومور بعلت احتباس صفرا برنگ سبز در آمده است در مرکز تومور آثار فرو رفتگی بعلت نکروز وجود دارد این علامت اولین مرتبه توسط کالک شرح داده شده و کاملاً اختصاصی تومورهای بدخیم کبد می باشد. متاستاز کبدی غالباً متعدد است گاهی متاستاز بصورت یک صفحه کم عمق دیده می شود و به کبد منظره سنگ بر سر میدهد ندرتاً تومورهای متاستاتیک بصورت دانه های ارزنی شکل که تمام سطح کبد را پوشانده در می آید همچنین سلانوم کبد بعلت رنگ سیاه بخوبی قابل تشخیص است تومورهای بدخیم اولیه کبد روی زمینه سیروز به آسانی تشخیص داده می شود اما اگر هپاتوم روی یک کبد سالم بوجود آید تشخیص تا اندازه ای مشکل است و غالباً با تومورهای متاستاتیک یا کیست هیداتیک اشتباه می شود بعقیده کارولی همانژیوم کبد بوسیله پریتونوسکوپی قابل تشخیص است همانژیوم کاورنو غالباً در لب چپ کبد دیده می شود که دارای رنگ قرمز است و از پارانشیم طبیعی کبد درخشان تر بنظر میرسد.

کیست هیداتیک

کیست هیداتیک کبد بصورت یک برآمدگی شفاف که سطح آن کاملاً صاف است مشاهده می شود هیچگونه علائم التهابی و احتقانی در این کیست دیده نمی شود هرگاه کیست هیداتیک داخل پارانشیم کبدی قرار گیرد ممکن است با تومور متاستاتیک کبد اشتباه شود کیست هائی که در کنار کبد واقع شده نور چراغ پریتونوسکوپ از آن عبور میکند و به تشخیص ماهیت تومور کمک مینماید در بیماری پلی کیستیک کبد که بیماری نسبتاً نادری است (تعداد

زيادی کيست کوچک دیده ميشود و با کمی دقت از کيست هيداتيک تشخيص داده ميشود
آبسه کبد .

آبسه کبد در پريتونسکوپي بخوبی قابل تشخيص نيست زيرا سطح کبد در اين بيماری غالباً طبيعي است مع الوصف (Ruddoch) یک آبسه کبد را ضمن پريتونسکوپي با موفقيت پونکسيون کرد .

کبد چرب (Fatty liver) کبد چرب در پريتونسکوپي قابل تشخيص نيست مگر اينکه بيماری کاسلا پيش رفته باشد و کبد برنگ زرد درآيد .

بيماريهای کيسه صفرا .

کيسه صفرا در شروع هپاتيت خالی و کاسلانرم است در هپاتيت مزمن گاهی کيسه صفرا متسع شده ولی اکثراً طبيعي است در يرقانهای انسدادی بعلت ضايعات خوش خيم چسبندگی اطراف کيسه صفرا مشاهده ميشود همچنين کارسينوم کيسه صفرا که غالباً با متاستاز کبد همراه است در آندوسکوپي قابل تشخيص است .

بيماريهای صفاق .

صفاق طبيعي شفاف است وقتی اسيت موجود باشد رنگ آن تا اندازه ای کدر خواهد بود التهاب صفاق بوسيله افزايش عروق و آگزودای فيبرينوز شناخته ميشود در پريتونيتهای چسبندگی وجود دارد محل چسبندگی صفاق ميتواند تقريباً محل ضايعه شکمی را نشان دهد جمع شدن صفاق مؤيد پريتونيت سلی است در حالیکه چسبندگی بين لب راست و چپ کبد و ديفراگم مؤيد پريتونيت موضعی در تعقيب کلسيسيتهت ميشود .

سل صفاق - پريتونيت سلی به آسانی در پريتونسکوپي تشخيص داده ميشود در فرم حاد بيماری روی صفاق دانه های کوچکی دیده ميشود اين دانه ها تقريباً به اندازه يک ارزن بوده و در صفاق جداری و احشائي منتشر است دانه ها معمولاً سفيد رنگ است و اطراف آنرا هاله ای از احتقان فرا گرفته است بعضی اوقات دانه های سلی فقط در قسمتی از صفاق دیده ميشود و ساير قسمتها طبيعي است . در شروع پريتونيت سلی ترشح فيبرين تمام صفاق را پوشانده است . با پيشرفت بيماری چسبندگی بين قوسهای روده و بين احشاء و جدار شکم بوجود سيآيد . بعضی مواقع اسيت وجود ندارد در اين صورت پريتونسکوپي تا اندازه ای مشکل خواهد بود و احتمال پارگی زياد است گاهی دانه های سلی روی کبد و ديفراگم نيز دیده ميشود .

ضايعات بدخيم صفاق - متاستاز سرطانی صفاق در شروع عيناً شبیه به پريتونيت سلی است و بعيده کالک تشخيص اين دو عارضه از يکديگر مشکل است . (Pinos) معتقد است

که در پریتونیت سلی در اطراف ندول یک هاله التهابی وجود دارد درحالیکه این هاله در ضایعات بدخیم دیده نمی شود در ضمن ندول های سرطانی سخت تر از ندول های سلی است در هر حال بیوپسی با اسباب ردولک تشخیص را مسلم میکند.

بیماریهای زنان

از پریتونوسکوپی برای تشخیص تومور های تخمدان استفاده میشود رنگ تومورهای تخمدانی غالباً خاکستری متمایل به آبی است و استثناء ممکن است برنگ قرمز یا زرد درآید تومورهای متاستاتیک تخمدان (Krukenberg) بوسیله پریتونوسکوپی قابل تشخیص است تومور های بدخیم تخمدان گاهی با چسبندگی روده ها اشتباه میشود بدیهی است سختی تومور در برخورد با پریتونوسکوپ به تشخیص کمک میکند تشخیص تومور خوش خیم از بدخیم در پریتونوسکوپی تا اندازه ای مشکل است مگر اینکه در عین حال متاستازی در پریوتون مجاور مشاهده شود عده از مصنفین آبستنی خارج رحمی را با پریتونوسکوپی تشخیص داده اند.

انواع سل دستگاه تناسلی زنان گاهی با پریتونوسکوپی قابل تشخیص است.

پریتونوسکوپی و ارزش تشخیصی آن در کالینیک

متأسفانه در این زمینه انتشارات زیادی وجود ندارد ولی مسلم است که پریتونوسکوپی در تشخیص بعضی از بیماری های مزمن کبد (هپاتیت مزمن - سیروز پست نکروتیک - سیروز پورتال) کمک شایان مینماید بندیکت معتقد است در ۹۰٪ از بیماران میتوان سیروز را با پریتونوسکوپی تشخیص داد طبق آمار Ruddock در ۵۹ درصد از بیمارانی که برای تشخیص بیماری های مختلف کبد پریتونوسکوپی شده اند تشخیص صحیح داده شده تشخیص افتراقی یرقان در پریتونوسکوپی تقریباً مشکل است زیرا مثلاً در یک یرقان انسدادی داخل کبدی رنگ و وضعیت کبد عیناً شبیه به یرقان های انسدادی خارج کبدی است - تشخیص تومور های متاستاتیک کبد با پریتونوسکوپی ساده است کارولی ۲۳ تومور متاستاتیک را با آندوسکوپی تشخیص داده بدون آنکه در هیچ کدام اشتباهی کرده باشد . بندیکت عقیده دارد کارسینوم کبد در ۸۰٪ موارد بوسیله آندوسکوپی تشخیص داده میشود کارسینوم کبد گاهی با سندرم (Budd - Chiari) کیست هیداتیک و سیروز اشتباه میشود روی هم رفته بنظر میرسد پریتونوسکوپی در تشخیص بیماری های معده - روده - کیسه صفرا و طحال کمتر مفید واقع میشود در صورتیکه در بیماریهای صفاق ارزش تشخیصی بیشتری دارد .

پريتونوسکوپي و بيوپسي

بدیهی است ارزش تشخیصی پريتونوسکوپي هر گاه با بيوپسي همراه باشد بیشتر خواهد بود. بيوپسي کبد ضمن پريتونوسکوپي چون با دید مستقیم انجام میشود و از یک نقطه بخصوص میتوان بيوپسي برداشت کمک فراواني به تشخیص بیماریهای کبد میکند و احتمال خطرات ناشی از بيوپسي را کم میکند.

مقایسه پريتونوسکوپي و لاپاراسکوپي

در جدول شماره یک مزیت های لاپاراتومی و لاپاراسکوپي شرح داده شده است مزیت عمده لاپاراسکوپي کم بودن خطر آن نسبت به جراحی است بوسیله پريتونوسکوپي برداشتن بيوپسي از اعضا مختلف شکم بجز از کبد تا اندازه ای مشکل است طبق نظر (Zoeckler) استفاده از پريتونوسکوپي در ۱۰ درصد از بیماران احتیاج به لاپاراتومی را از بین برده است بنا به عقیده Lierandi در ۷۰ درصد از بیماران ممکن است آندوسکوپي جانشین لاپاراتومی شود بطور کلی لاپاروتومی و لاپاروسکوپي را نمیتوان کاملاً بایکدیگر مقایسه کرد بعضی از متخصصین جهاز هاضمه لاپاروتومی را در تشخیص خونریزی و دردهای نامشخص شکم ترجیح میدهند در حالیکه پريتونوسکوپي را برای تشخیص نوع اسیت و هپاتومگالی بکار میبرند.

جدول شماره ۱ مقایسه پريتونوسکوپي و لاپاروتومی

لاپاراتومی	پريتونوسکوپي
۱- جراحی بزرگ	جراحی کوچک
۲- دو هفته در بیمارستان	۲-۴ ساعت اقامت در بیمارستان
۳- بیوشی عمومی لازم است	بیوشی موضعی کافیست.
۴- ناراحتی های مختلف ممکن است پیش آید	ناراحتی بیمار معمولاً کمتر است
۵- محل عمل و اسکار بزرگ است	محل عمل اسکار کوچک است
۶- میزان مرگ و میر متفاوت است	مرگ و میر کم است
۷- تکرار عمل مشکل است	به آسانی میتوان عمل را تکرار کرد
۸- بیوپسي آسان است	بیوپسي مشکل است
۹- جراحی لازم در همان موقع ممکن است انجام شود	جراحی به تأخیر می افتد

خلاصه و نتیجه

رویه مرفته ارزش واقعی پیریتونسکوپی هنوز مشخص نیست زیرا در بعضی از نقاط دنیا شدیداً طرفداران هستند در حالیکه در سالک دیگران روش تشخیصی طرفدار زیادی ندارد بعقیده Bockus پیریتونسکوپی مخصوصاً در تشخیص بیماریهای کبد مفید است و در بسیاری از موارد از جراحی های غیر لازم جلوگیری میکند همچنین این وسیله در تشخیص سل صفای کمک به سزائی مینماید پیریتونسکوپی در تشخیص افتراقی انواع یرقان کمتر کمک میکند بطور کلی پیریتونسکوپی موقعی باید انجام شود که با سایر وسائل تشخیصی نوع بیماری مسلم نشده باشد.

Références :

- 1) Aronson, A. R; and Parker; G.W.; Peritonéoscopy: its value as a diagnostic aid. Am. J. Digest. Dis. 5; 931. 1960.
- 2) Caroli J; and Ricordeau, P. Valuo of Peritoneoscopy and Pritoneos - copic photography in color and of scintillography in the diagnosis of liver diseases. In progress in Liver Diseases, H. Popper and F. Schaffner Editors, Vol. 1, New York and London, Grune and Strattn, 1961.
- 3) Herrera -Lierandi, R.: Peritoneoscopy. Endoscopic refinement par Excellence Brit. M.J; 2:661, 1961.
- 4) Pack, G. T; and Ariel, I. M. : Treatment of cancer and allied diseases. Vol. 5, Tumors of the gastrointestinal tract Pancreas, biliary system and liver. New York, Paul. B. Hoeber, Inc; 1962, P. 219.
- 5) Uhlich, G. A; and Merritt, E. G.: Intra -abdominal color Photo -graphy (photo laparoscopy). AM. J. Digest. Dis; 6 : 322, 1961.
- 6) Witkowski L. J; and Anderson, R. E. : The value of Exploratory laparatomy Am. J. digest. Dis; 5:613, 1990.
- 7) Gastroenterology Volume II-Bockus. 1960