

لاپاروسکوپی و موارد استعمال آن در کلینیک

پریتونسکوپی یک وسیله تشخیصی قدیمی است ولی فقط در سالهای اخیر عمومیت یافته اولین کسی که در حدود یک قرن پیش این وسیله را برای تشخیص بکار برده است (Kelling) یک جراح آلمانی بوده که یک سیستوسکوپ را برای ملاحظه اعضاء داخل شکم یک سگ بکار برده است. او اسم این وسیله را (Koelioskopie) نامیده است این کلمه از زبان یونانی گرفته شده (Koilia) در زبان یونانی بمعنی شکم است در آن زمان پریتونسکوپی طرفدار زیادی پیدا نکرد تا اینکه ۱۰ سال بعد (Jacobaeus) سوئدی بدون اطلاع از کارهای قبلی (Kelling) شرح مشابهی از پریتونسکوپی انتشار داد و این عمل را (Laparoscopy) نامید و شرح حال نوزده بیمار را که لاپاراسکوپی شده بودند انتشار داد بنابراین میتوان گفت ژاکوپس اولین شخصی است که روش عمل و نتایج کلینیکی لاپاراسکوپی را شرح داده در سال ۱۹۱۱ (Bernheim) آمریکائی شرح لاپاراسکوپی دو بیمار را که دارای درد شکم بوده اند و با پریتونسکوپی تشخیص بیماری آنها داده شده شرح داد با وجود این پریتونسکوپی آنطور که شاید بایست مورد توجه قرار نگرفت شاید علت این موضوع پیشرفت سریع رادیوگرافی در تشخیص بیماریهای شکم بوده است بطوریکه تا مدتها این عمل بیشتر در آلمان انجام میشد و سایر ممالک کمتر از آن استفاده میکردند. در سال ۱۹۲۷ (Korbsch) یک سری از عکسهای مربوط به لاپاروسکوپی را انتشار داد بعدها کارهای (Kalk) در آلمان و (Ruddock) در ممالک متحده آمریکا توجه متخصصین جهازهاضمه را به پریتونسکوپی جلب کرد در ظرف ۱۰ سال اخیر مطالب زیادی در این زمینه در نقاط مختلف دنیا انتشار یافته که همگی مفید بودن این آزمایش را نشان میدهد مخصوصاً از زمانی که تهیه عکسهای رنگی از اعضاء داخل شکم ضمن پریتونسکوپی معمول شده است این وسیله بیش از پیش مورد استفاده قرار میگیرد.

شرح مختصری از وسیله لاپاراسکوپی

اکثر لاپاراسکوپهایی که تا کنون ساخته شده بیکدیگر شبیه است و فقط در دستگاه تنظیم

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

۱- تروکار

۲- غلاف تروکار .

۳- کانونل مخصوصی که حامل دستگاه اپتیک است .

در پرتونوسکوپ کالک نور بوسیله لامپی که دارای یک فیلمان مضاعف است و به انتهای کانونل 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 ترانسفوسوتور 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 .

پرتونوسکوپهایی 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 ازدوازده 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 یرفان 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 انسیزیون بایستی روی خط وسط شکم پائین یا بالای ناف باشد کالک انسیزیون را در حدود دو سانتیمتر 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 پرتوان وارد شد در حدود سه هزار تا چهار هزار میلی لیتر هوا بوسیله یک پمپ که بدستگاه متصل است با فشار دست بداخل شکم میندھیم 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 اندازه‌گیری کرد هر قدر هوای داخل شده در صفاق بیشتر باشد اعضاء داخل شکم به تدریج می‌شود 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 استخوان اعضاء زنانه مورد نظر باشد لازم است بیمار در وضعیت ترندلنبرگ قرار گیرد در صورتیکه بیمار است 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 می‌شود 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 می‌آید 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 بدین وسیله از خارج شدن مایع از محل زخم جلوگیری بعمل خواهد آمد استعمال آنتی بیوتیک بصورت تزریقی عضلانی یا ریختن در حفره شکم لزومی ندارد مگر آنکه رعایت ضد عفونی بخوبی نشده باشد پریتونسکوپي هیچگاه نباید برای بیماران سرپائی 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 میکنند 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 دلایل 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 غیرقابل عمل بودن ضایعه سرطانی را نشان میدهد.

۷- پریتونسکوپی برای تحقیق و مطالعه درباره بیماریهای تجربی روی حیوانات آزمایشگاهی بکار میرود 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 مورد زیربایستی 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 پریتونسکوپی شوند.

۲- عفونت‌های حاد - در بیماران تب‌دار نباید این عمل انجام گیرد زیرا ممکن است یک عفونت موضعی بدینوسیله منتشر شود. لاپاروسکوپی در ضایعات عفونی ریه ممنوع است.

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

۴- چسبندگیهای موضعی - در بیمارانیکه سابقه پریتونیت انسداد روده و جراحی‌های متعدد شکم وجود دارد بعلت چسبندگیهای فراوان لاپاراسکوپی 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 پریتونسکوپی 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 لاپاراسکوپی بداخل شکم تا اندازه‌ای مشکل است بنابراین بهتر است لاپاروسکوپی نشوند.

عوارض پریتونسکوپی

عوارض پریتونسکوپی 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 میافتد طبق آمار رودلک (Ruddolk) در پانصد لاپاروسکوپی هشت مورد پرفوراسیون دیده شده پرفوراسیون بیشتر در بیمارانیکه دارای چسبندگی روده بجزدار شکم باشند ایجاد میشود هرگاه کلون سوراخ شود اتساع شکم بوجود میآید و احساس شدید اجابت سزاج به بیمار دست میدهد وارد کردن اسباب پریتونسکوپی با کنترل فلوروسکوپی یک از بروز پرفوراسیون تا اندازه‌ای جلوگیری میکند Lenzi درین ۶۴ پریتونسکوپی یک مورد پرفوراسیون کلون گزارش کرده است. Kalk در . . . ۲ لاپاروسکوپی فقط یک مورد پرفوراسیون کلون مشاهده کرده. طبق آمار دیگری از Ruddolk بین ۲۰۰ نفر که پریتونسکوپی شده‌اند 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 میکنند در ۳۰۰۰ هزار پریتونسکوپی که در ژاپن انجام شده هشت مورد آمفیزم 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 ویابوسیله تامپون قطع میشود بدیهی است در صورتی که خونریزی شدید باشد احتیاج به لیگاتور خواهیم داشت پارگی آئورت و عروق اپیگاستریک بندرت اتفاق میافتد.

پریتونیت صفاوی در بیمارانیکه ضمن لا پاروسکوپی بیوپسی کبد میشوند دیده میشود پارگی کبد وسایراحشاء در نتیجه بیوپسی گاهی دیده شده مع الوصف سرگ و میر در نتیجه پریتونسکوپی بسیار کم است طبق آمار (Kalk) در سه هزار لا پاراسکوپی هیچگونه سرگ 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 $\frac{۳}{۴}$ 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 بدآسانی دیده میشود در حالیکه گردن کیسه صفرا و کانال سیستیک بخوبی مشاهده نمیشود هر گاه 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 وزاویه طحالی کلون پوشیده شده.

قسمتهائی از زوده 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 زوده های کوچک سرچشمه میگیرد و بطرف کلون پیش سیاید 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 بیماریمهای کبد بوسیله لاپاروسکوپی

هرپاتیت - در هپاتیت کبد متورم قرمز رنگ و یراق 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 روی هم رفته 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 پریتونوسکوپی 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 نولک پریتونوسکوپ 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 پریتونوسکوپی 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 کنتژیونه بنظر میرسد.

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

یرقان - در یرقان انسدادی خارج کبدی بعلت ضایعات بدخیم مجاری صفراوی و پانکراس کبد بزرگ شده و برنگ قهوه‌ای 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 کاسلا 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 با توجه به نکات زیر صورت میگیرد: در انسداد

خارج کبدي گاهي سنجاري صفرآوي كه متسع شده است در زير كپسول گليسون سلاخه ميشود و از آن گذشته لبه قدامي در يرقان انسدادى خارج كبدي شكل طبيعي خود را از دست داده كبد كنترسيونه و بسيار بزرگ شده است در صورتيكه در يرقان انسدادى داخل كبدي كناره قدامى كبد تيزاست و هپاتوميگالى به اندازه يرقان انسدادى خارج كبدي نيست در جريان پريتونوسكوپى گاهي متاستاز سرطانى ديده ميشود و به تشخيص كمك ميكند در يرقان انسدادى بعلت سنگ كيسه صفرا ملتهب و تغيير رنگ داده و گاهي به اطراف چسبندگى پيدا كرده است.

تومورهاي كبدي

كارسينوم متاستاتيک كبد غالباً در پريتونوسكوپى تشخيص داده ميشود. تومور به اندازه هاي مختلف ممكن است ديده شود رنگ تومور سفيد متمایل بزرده است در اطراف تومور هاله قرمز رنگى قرار گرفته گاهي اطراف تومور بعلت احتباس صفرا برونك سبز درآمده است در مركز تومور آثار فرو رفتگى بعلت نكروز وجود دارد اين علامت اولين مرتبه توسط كالك شرح داده شده و كاملاً اختصاصى تومورهاي بدخيم كبد ميباشد. متاستاز كبدي غالباً متعدد است گاهي متاستاز بصورت يك صفحه كم عمق ديده ميشود و به كبد منظره سنگ بر سر ميدهد ندرتاً تومورهاي متاستاتيک بصورت دانه هاي ارزني شكل كه تمام سطح كبد را پوشانده در مى آيد همچنين ملانوم كبد بعلت رنگ سياه بخوبى قابل تشخيص است تومورهاي بدخيم اوليه كبد روى زمينه سيروز به آساني تشخيص داده ميشود اما اگر هپاتوم روى يك كبد سالم بوجود آيد تشخيص تا اندازه اي مشكل است و غالباً تومورهاي متاستاتيک يا كيسه هيداتيک اشتباه ميشود بعقیده كارولى همانزيوم كبد بوسيله پريتونوسكوپى قابل تشخيص است همانزيوم كاورنو غالباً در لب چپ كبد ديده ميشود كه داراي رنگ قرمز است و از پارانشيم طبيعي كبد درخشان تر بنظر ميرسد.

كيسه هيداتيک

كيسه هيداتيک كبد بصورت يك برآمدگى شفاف كه سطح آن كاملاً صاف است مشاهده ميشود همچگونه علائم التهابى و احتقانى در اين كيسه ديده نميشود هر گاه كيسه هيداتيک داخل پارانشيم كبدي قرار گيرد ممكن است با تومور متاستاتيک كبد اشتباه شود كيسه هاى كه در كنار كبد واقع شده نور چراغ پريتونوسكوپ از آن عبور ميكند و به تشخيص ماهيت تومور كمك مينمايد در بيمارى پليكيستيک كبد كه بيمارى نسبتاً نادرى است (تعداد

زیادی کیست کوچک دیده میشود و با کمی دقت از کیست هیداتیک تشخیص داده میشود
آبسه کبد .

آبسه کبد در پریتونوسکوپی بخوبی قابل تشخیص نیست زیرا سطح کبد در این بیماری
غالباً طبیعی است مع الوصف (Ruddoch) یک آبسه کبد را ضمن پریتونوسکوپی با موفقیت
پونکسیون کرد .

کبد چرب (Fatty liver) کبد چرب در پریتونوسکوپی قابل تشخیص نیست مگر
اینکه بیماری کاملاً پیش رفته باشد و کبد برنگ زرد درآید .

بیماریهای کیسه صفرا .

کیسه صفرا در شروع هپاتیت خالی و کاملاً نرم است در هپاتیت مزمن گاهی
کیسه صفرا متسع شده ولی اکثراً طبیعی است در یرقانهای انسدادی بعلت ضایعات خوش خیم
چسبندگی اطراف کیسه صفرا مشاهده میشود همچنین کارسینوم کیسه صفرا که غالباً با
متاستاز کبد همراه است در آندوسکوپی قابل تشخیص است .

بیماریهای صفاق .

صفاق طبیعی شفاف است وقتی اسیت موجود باشد رنگ آن تا اندازه ای کدر خواهد
بود التهاب صفاق بوسیله افزایش عروق و آگزودای فیبرینوز شناخته میشود در پریتونیتها
چسبندگی وجود دارد محل چسبندگی صفاق میتواند تقریباً محل ضایعه شکمی را نشان دهد
جمع شدن صفاق مؤید پریتونیت سلی است در حالیکه چسبندگی بین لب راست و چپ کبد و
دیافراگم مؤید پریتونیت موضعی در تعقیب کلسیستیت میباشد .

سلی صفاق - پریتونیت سلی به آسانی در پریتونوسکوپی تشخیص داده میشود در فرم حاد
بیماری روی صفاق دانه های کوچکی دیده میشود این دانه ها تقریباً به اندازه یک کارزن بوده
و در صفاق جداری و احشائی منتشر است دانه ها معمولاً سفید رنگ است و اطراف آنرا هاله ای
از احتقان فرا گرفته است بعضی اوقات دانه های سلی فقط در قسمتی از صفاق دیده میشود و
سایر قسمتها طبیعی است . در شروع پریتونیت سلی ترشح فیبرین تمام صفاق را پوشانده است .
با پیشرفت بیماری چسبندگی بین قوسهای روده و یا بین احشاء و جدار شکم بوجود میآید .
بعضی مواقع اسیت وجود ندارد در این صورت پریتونوسکوپی تا اندازه ای مشکل خواهد بود و
احتمال پارگی زیاد است گاهی دانه های سلی روی کبد و دیافراگم نیز دیده میشود .

ضایعات بدخیم صفاق - متاستاز سرطانی صفاق در شروع عیناً شبیه به پریتونیت
سلی است و بعقیده کالک تشخیص این دو عارضه از یکدیگر مشکل است . (Pinos) معتقد است

که در پریتونیت سلی در اطراف ندول یک هاله التهابی وجود دارد درحالیکه این هاله در ضایعات بدخیم دیده نمی‌شود در ضمن ندول‌های سرطانی سخت‌تر از ندول‌های سلی است در هر حال بیوپسی با اسباب ردولک تشخیص را مسلم می‌کند.

بیماریهای زنان

از پریتونوسکوپی برای تشخیص تومورهای 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 تومورهای بدخیم تخمدان گاهی با چسبندگی روده‌ها اشتباه می‌شود بدیهی است سختی تومور در برخورد با پریتونوسکوپ به تشخیص کمک می‌کند تشخیص تومور خوش خیم از بدخیم در پریتونوسکوپی تا اندازه‌ای مشکل است مگر اینکه در عین حال متاستازی در پریوتون مجاور مشاهده شود عده‌ای صنفین آبستنی خارج رحمی را با پریتونوسکوپی تشخیص داده‌اند.

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

پریتونوسکوپی و ارزش تشخیصی آن در کاپنیک

متأسفانه در این زمینه انتشارات زیادی وجود ندارد ولی مسلم است که پریتونوسکوپی در تشخیص بعضی از بیماری‌های مزمن کبد (هپاتیت مزمن - سیروز پست نکروتیک - سیروز پورتال) کمک شایان سینه‌نماید 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 بیماری‌های مختلف کبد پریتونوسکوپی شده‌اند 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 یرقان‌های انسدادی خارج کبدی است - تشخیص تومورهای متاستاتیک کبد با پریتونوسکوپی ساده است کارولی ۲۳ سورد تومور متاستاتیک را با آندوسکوپی تشخیص داده بدون آنکه در هیچکدام 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 بیماری‌های 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 فراوانی 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 اعضاء 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 ۷ درصد از بیماران ممکن است آندوسکوپي جانشین لاپاراتومی شود بطور کابی 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	۲-۳ 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- سجل عمل و اسکار بزرگ است	سجل 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 میافتد

خلاصه و نتیجه

رویه گرفته ارزش واقعی پیریتونسکوپی هنوز مشخص نیست زیرا در بعضی از نقاط دنیا شدیداً طرفداران هستند در حالیکه در سالک دیگر این 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 صفاق 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.; Peritonóscopy: its value as a diagnostic aid. Am. J. Digest. Dist. 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