

VÝZNAM LAPAROSKOPIE JAKO DIAGNOSTICKÉ METODY

MUDr. Zdeněk Beneš, CSc., MUDr. Zdeněk Antoš, doc. MUDr. Vladislav Krtek, CSc.

II. interní klinika, Thomayerova nemocnice, Praha

Laparoskopie je endoskopická metoda, která umožňuje po založení pneumoperitonea nahlížet do dutiny břišní. To bylo záměrem mnoha generací lékařů od 19. století, avšak teprve začátkem 20. století provedl laparoskopii u psa drážďanský internista Georg Kelling (1866–1945). Za otce laparoskopie je pokládán prof. Kalk, který v roce 1923 zkonstruoval první laparoskop použitelný u člověka a rozšířil tuto metodu v Evropě. U nás provedl první laparoskopii r. 1937 prim. Kuthan v Hranicích na Moravě a v roce 1942 ji začal provádět prof. Houbal v Brně. Další rozvoj laparoskopie byl závislý na zdokonalování přístrojové techniky, její miniaturizaci a posléze videoskopickém přenosu obrazu. Vlastní vyšetření patří mezi tzv. invazivní výkony a je relativně náročné jak pro nemocného, tak pro provádějící personál. Laparoskopie byla dlouho jedinou metodou, která svým přímým pohledem na nemocný orgán mohla zcela změnit do té doby předpokládanou diagnózu pacienta a jistě tak často přispěla ke správnému dalšímu léčebnému postupu. Od poloviny 20. století patřila ke stěžejním metodám diferenciální diagnostiky hlavně v hepatologii, kdy tvořila společně s cílenou a necílenou biopsií základ v diagnostice hepatobiliárních chorob. Na konci 70. a začátkem 80. let se však objevily nové zobrazovací metody, kterými lze šetrně a bez většího rizika pro pacienta dospět ke správné diagnóze, a to mnohdy přesněji než metodou laparoskopickou, protože tato vyšetření znázorňují nejenom povrch orgánů, ale i jejich vnitřní strukturu, což u laparoskopie není možné. Laparoskopických výkonů, prováděných z důvodů diagnostických, začalo tedy výrazně ubývat. Výše uvedené zdokonalování techniky dalo možnost rozvinout laparoskopii chirurgickou a ta se stala pro tento obor významným přínosem. Dnes je proto vnímána spíše jako jedna z možností šetrného chirurgického ošetření, než jako výkon přispívající ke správné diferenciální diagnóze. Zůstávají však dosud stále oblasti klinických příznaků, kdy může přinést jednoznačný diagnostický závěr, když všechny ostatní moderní metody selhávají (1, 2).

Klíčová slova: laparoskopie, ascites, tuberkulózní peritonitida.

Indikace a kontraindikace laparoskopie

Nejdůležitější indikací bylo vyšetření jater. Laparoskopie nám spolu s jaterní biopsií umožňovala určit závažná jaterní onemocnění, vyjádřit se o charakteru, aktivitě a závažnosti jaterního postižení. Detekce nádorového onemocnění jater – ať již jde o primární karcinom, či sekundární metastatické postižení – je dnes doménou novějších diagnostických metod (UZ, CT, MR apod.). Nicméně se občas i nyní vyskytne situace, kdy laparoskopie přispěje k upřesnění a potvrzení nejistého nálezu, protože při ní lze dobře přehlédnout celý jaterní povrch. Makroskopicky můžeme rozeznat solitární, multinodulární nebo difúzní typ primárního karcinomu. Makroskopický obraz nádorových metastáz může mít podobu od malých ložisek až po rozsáhlou infiltraci obou jaterních laloků (5, 6). Metastatické ložisko může být kulovitě nebo oválně tvaru s centrální miskovitou vtaženinou, která je způsobena nekrózou nádoru a má šedobělou či žluto-růžovou barvu. Význam laparoskopického vyšetření při diagnostice ikteru je velmi malý a je doménou sonografických metod, ERCP, PTC aj. O provedení laparoskopie lze uvažovat při podezření na intrahepatální cholestázu, kdy nám může v kombinaci s biopsií jater pomoci při její verifikaci. Onemocnění žlučníku, podezření na břišní lymfogranulom či nejasné rezistence v břiše již nejsou indikací k laparoskopii

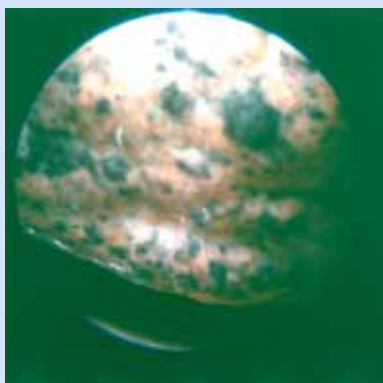
a tento výkon je možno použít zcela výjimečně na některých vybraných, hlavně chirurgických pracovištích, kdy lze provést pomocí laparoskopické techniky zároveň i malý chirurgický zákrok. Laparoskopie má však stále své místo v diferenciální diagnostice ascitických stavů, které mohou mít mnoho příčin. Zvláště obtížná je někdy diagnostika karcinózy peritonea. V praxi se občas setkáváme s nemocnými, kteří mají tzv. „ascites nejasné etiologie“, kdy veškerá dostupná vyšetření nevedou ke správné diagnóze a stav nemocného se stále zhoršuje (8, 9). Laparoskopie nám obvykle v tomto případě pomůže provést diagnostiku velmi rychle. Nádorová infiltrace peritonea má vzhled polymorfních, nestejně velkých žlutých uzlíků, které jsou rozesety na nástěnném či

útrobním peritoneu. Metastatické uzlíky lze pozorovat také na spodní ploše bránice, lig. teres či omentu. Nález retrahující omentitidy můžeme také někdy palpat na břiše jako nejasnou rezistenci (7, 10). Při laparoskopii lze provést cílenou biopsii metastatického ložiska s následnou morfologickou verifikací, což vede k rozhodnutí o optimálním léčebném postupu.

Kazuistika

Nemocná B.A. nar. v r. 1940. RA: negativní. Nikdy se s ničím neléčila, léky nebrala. Několik měsíců před přijetím si stěžuje na difúzní bolesti břicha, únavu. Postupně se objem břicha začíná zvětšovat, progreduje únava a slabost. Jiné potíže neudává. Laboratorně:

Obrázek 1. Infiltrace jater melanomem

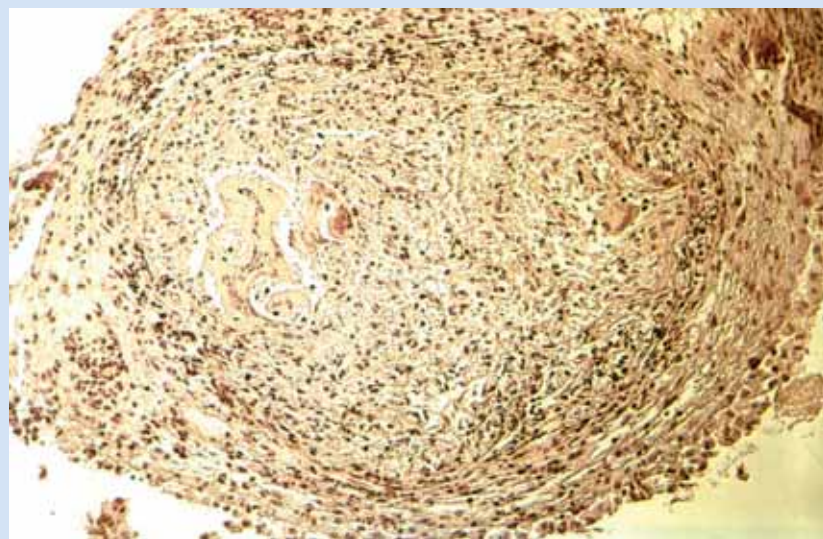


Obrázek 2. Tuberkulózní peritonitida



MUDr. Zdeněk Beneš, CSc.
II. interní klinika, Thomayerova nemocnice, Praha
e-mail: zdenek.benes@fn.cz

Obrázek 3. Histologický obraz tuberkulózy



FW 70/118, Hb 118, ery 3,1, leuko 7,6, destičky 150 tis., AST, ALT, GMT, ELFO, kreatinin, urea v normě, moč bez pat. nálezů. Tu markery: AFP, CA19-9, CEA – normální koncentrace, CA125, CA15-3, – zvýšená koncentrace, RTGS+P: normální. Provedeno endoskopické vyšetření trávicího traktu s normálním nálezem. Punkce ascitu, nehemoragická tekutina, cytologicky negativní. Ultrazvuk a CT břicha: masivní ascites jinak bez pat. nálezů. Gyn. vyšetření: přes velký ascites orientačně norm. nález. Pro progresi stavu indikována laparoskopie: v dutině břišní větší množství ascitu. Nástěnné peritoneum difúzně infiltrováno mapovitými bělavými nálety s bohatší cévní kresbou. Omentum tvořilo polypoidní masu, která překrývala kličky střevní a žaludek. Obraz tumorózní infiltrace, provedena biopsie. Histologie: metastáza serózního cystopapilárního adenokarcinomu ovaria.

Další zajímavou jednotkou k diferenciální diagnóze je tuberkulózní peritonitida. Její diagnostika je velmi obtížná a v současné době velké migrační aktivity obyvatel a zvýšeného počtu tuberkulózních onemocnění se s ní můžeme začít znovu setkávat. A právě laparoskopie by zde přinesla poměrně přesnou a rychlou diagnózu. Tuberkulózní peritonitidy lze dělit na miliární, hrubouzlovou a adhezivní formu. Nejčastější je forma miliární, kdy pozorujeme

výsev mnohočetných, téměř uniformních bělavých nebo běložlutých uzlíků velikosti špendlíkové hlavičky až prosa. Někdy je obtížné je makroskopicky rozeznat od metastatických uzlíků (3, 4). Jsou rovnoměrně rozesety na parietálním a viscerálním peritoneu a někdy i na povrchu jater a sleziny. Vždy musíme provést biopsii z uzlíků, abychom specificky původ potvrdili histologicky a metodami mikrobiologickými. Je patrné, že indikace k provedení diagnostické laparoskopie se v porovnání s dobou před 40–50 lety výrazně zúžily. Výčet kontraindikací se však prakticky nezměnil (viz tabulka 1). I když tedy význam diagnostické laparoskopie v posledních letech vlivem moderních, převážně zobrazovacích metod kle-

Literatura

1. Beck K. Farbatlas der Laparoskopie. Schattauer, Stuttgart 1990.
2. Dagnini G. Laparoscopy and imaging techniques. Springer, Berlin 1990.
3. Geisler JP, Crook DE, Geisler HE, et al. The great imitator: Miliary peritoneal tuberculosis mimicking stage III ovarian carcinoma. Eur. J. Gynecol. Oncol. 2000; 21: 115.
4. Henning H, Lighdale CJ, Look D. Color atlas of diagnostic laparoscopy. Thieme, Stuttgart.
5. Krtek V. Digestivní endoskopie a laparoskopická chirurgie. Přemysl Frič, Miroslav Ryska. Praha publishing 1996: 175–182.
6. Navez B, d'Udekem Y, Cambier E, et al. Laparoscopy for management of nontraumatic acute abdomen. World J. Surg. 1995; 19: 382.
7. Poulin EC, Schlachta CM, Mamazza J. Early laparoscopy to help diagnose acute non-specific abdominal pain. Lancet 2000; 355: 861.
8. Runyon BA, Hoefs JC, Morgan TR. Ascitic fluid analysis in malignancy-related ascites. Hematology, 1988; 8: 1104.
9. Salky BA, Edye MB. The role of laparoscopy in the diagnosis and treatment of abdominal pain syndromes. Surg. Endosc. 1995; 12: 382.
10. Sherlock S, Dooley J. Diseases of the liver and biliary system. 9th Ed. Blackwell, Oxford 1993.

Obrázek 4. Implantační metastáza



Tabulka 1. Kontraindikace laparoskopie

Těžké hemokoagulační poruchy
Vážné srdeční a plicní choroby
Jaterní nebo renální insuficience
Větší hernie
Masivní adheze
Známky náhlé příhody břišní
Rozsáhlé infekce kůže
Šokový stav
Extrémní obezita

sá, existují stále některá onemocnění, která se i přes současný pokrok v medicíně velmi špatně diagnostikují. Je proto vhodné ve vyšetřovacím postupu stále myslet i na laparoskopický výkon a v některých případech jej indikovat. Zvláště u onemocnění peritonea lze pokládat laparoskopii za diferenciálně diagnostický výkon s významnou výpovědní hodnotou.