

## گزارش یک مورد فیستول کوله سیستوکولونیک در جسد

### چکیده :

**مقدمه و هدف:** فیستول بین مجاری صفراوی و لوله گوارش در ۱۲ درصد موارد کوله سیستیتها گزارش شده است. در این گزارش یک مورد چسبندگی التهابی و فیستول بین کیسه صفرا و کولون عرضی مورد بررسی قرار گرفته و بر مجاورت آناتومیک این دو عضو به لحاظ اهمیت کلینیکی تأکید شده است .

**معرفی بیمار:** در سال تحصیلی ۱۳۸۳-۱۳۸۲ در سالن تشریح دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در جریان عمل تشریح احشاء حفره شکم در یک جسد مذکر میان سال، یک مورد چسبندگی بین کیسه صفرا و کولون عرضی دیده شد. در ضخامت این چسبندگی، فیستولهای کوچک و متعددی، بین فوندوس کیسه صفرا و سطح فوقانی کولون عرضی مشاهده گردید. این فیستولها، دارای لبه‌های گرد بوده و انتشار مواد سبز از طریق آنها به کولون عرضی مشهود بود.

**نتیجه‌گیری:** چسبندگی التهابی بین کیسه صفرا و احشاء مجاور و فیستول متعاقب آن از عوارض کوله سیستیت مزمن درمان نشده می‌باشد. در گذشته به لحاظ پایین بودن شرایط بهداشتی و محدودیت اقدامات درمانی، شیوع این عارضه بیشتر بوده، ولی در دهه‌های اخیر کاهش یافته است. به هر حال به لحاظ امکان بروز این عارضه، ضرورت تأکید بر این مجاورت در تدریس آناتومی حائز اهمیت است و علاوه بر این، زمینه مناسبی برای یک بحث آناتومی، بالینی و جنین‌شناسی را به صورت ادغام یافته در محدوده بن بست هیپاتورنال فراهم می‌آورد.

**واژه‌های کلیدی:** فیستول کوله سیستوکولونیک، چسبندگی، جسد

دکتر ابراهیم اسفندیاری\*

دکتر حسین صادقی\*\*

\* دکترای علوم تشریح، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده پزشکی، گروه علوم تشریح

\*\* دکترای علوم تشریح، استادیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده پزشکی، گروه علوم تشریح

تاریخ وصول: ۱۳۸۴/۹/ ۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۵/۳/۱۰

مؤلف مسئول: دکتر ابراهیم اسفندیاری

پست الکترونیک: [Esfandiari@med.mui.ac.ir](mailto:Esfandiari@med.mui.ac.ir)

## مقدمه

دور دست مانند؛ کولون سیگموئید و مثانه متصل نماید. فیستول داخلی کیسه صفرا به کولون، به دو صورت مادرزادی و اکتسابی بروز می‌نماید. در برخی از موارد نیز، اصولاً فیستولی بین دو عضو ایجاد نشده و صرفاً اتصال در حد یک چسبندگی صفاقی باقی می‌ماند. فیستول‌های مذکور منفرد و یا متعدد می‌باشند. در صورت وجود چسبندگی همراه با فیستول‌های متعدد، علت ضایعه حتماً یک پدیده التهابی است که عمدتاً کیسه صفرا را به طور اولیه و کولون را به طور ثانویه گرفتار کرده است. ابتلاء اولیه کولون و ابتلاء ثانویه کیسه صفرا بسیار نادر است (۴ و ۲). در این گزارش به بررسی یک مورد فیستول بین کیسه صفرا و کولون عرضی پرداخته شده است. گزارش این مورد از دیدگاه آموزش آناتومی، به لحاظ تأکید بر اهمیت درک مجاورت بخش‌های لوله گوارش با یکدیگر و علل جنین شناختی آنها، جالب توجه است.

## معرفی مورد

در سال تحصیلی ۱۳۸۲-۱۳۸۳، در سالن تشریح دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در جریان تشریح یک جسد مذکر میان سال، در ناحیه ربع فوقانی راست حفره شکم، یک مورد چسبندگی دیده شد. در این چسبندگی، یک چین صفاقی<sup>(۷)</sup> غیرمعمول بین کبد و کولون عرضی

بروز عارضه فیستول بین مجاری صفراوی و لوله گوارش در ۱۲ درصد موارد کوله‌سیستیت‌ها، گزارش شده است. سه چهارم فیستول‌هایی که در تعقیب التهاب کیسه صفرا ایجاد می‌شوند بین کیسه صفرا و دئودنوم قرار دارند<sup>(۱)</sup>. همچنین سایر بخش‌های لوله گوارش نیز می‌توانند محل ایجاد فیستول‌هایی از این نوع باشند<sup>(۲و۳)</sup>. این بخش‌ها شامل: بخش ابتدایی کولون عرضی و سایر نواحی کولون مثل کولون سیگموئید<sup>(۴)</sup>، معده و کبد می‌باشند<sup>(۵و۶)</sup>. فیستول‌های بین کیسه صفرا و کولون به فیستول‌های کوله‌سیستوکولونیک<sup>(۱)</sup> موسوم می‌باشند و از عوارض نسبتاً نادر بیماری‌های دستگاه صفراوی می‌باشند. بیماری‌های کیسه صفرا و کولون، هر دو می‌توانند منشاء ایجاد فیستول باشند. چند واژه دیگر که برای توصیف این قبیل فیستول‌ها کاربرد دارند عبارتند از: فیستول بین کیسه صفرا و لوله گوارش<sup>(۲)</sup>، فیستول بین سیستم صفراوی و لوله گوارش<sup>(۳)</sup>، فیستول خود به خودی داخلی بین سیستم صفراوی و لوله گوارش<sup>(۴)</sup>، فیستول بین کولون و کیسه صفرا<sup>(۵)</sup> و فیستول داخلی صفراوی<sup>(۶)</sup> (۷ و ۱).

فیستول‌های کیسه صفرا به دو گروه داخلی و خارجی تقسیم می‌شوند. در گروه خارجی فیستول به پوست و در گروه داخلی به دیگر احشاء سر باز می‌کند. فیستول داخلی می‌تواند حفره کیسه صفرا را به حفره احشاء مجاور که نمونه بارز آنها دئودنوم و کولون عرضی می‌باشند و حتی بعضی از احشاء

- 1-Cholecystocolonic Fistula
- 2-Cholecysto-Enteric Fistula
- 3-Biliary-Enteric Fistula or Enterobiliary Fistula
- 4-Spontaneous Internal Bilio-Digestive Fistula
- 5-Colo-cholecystic Fistula
- 6-Internal Biliary Fistula
- 7-Peritoneal fold

سبز از کیسه صفرا به کولون، نشانگر عبور صفرا و احتمالاً سنگ‌های صفراوی از طریق این فیستول‌ها می‌باشد. ضمناً در بررسی کیسه صفرا و دیورتیکولوم گردن آن<sup>(۱)</sup>، سنگ صفراوی لمس نشد. شرح حالی از علایم فیستول صفراوی شامل: ایلئوس سنگ صفراوی، درد شکم، اسهال و یا پنوموبیلیا در زمان حیات این فرد در دسترس نبود.

مشاهده گردید. پس از گشودن چسبندگی و تشریح دقیق محتویات این چین، یافته‌های ذیل مشاهده شد؛ اولاً چین فوق محتوی چسبندگی فوندوس کیسه صفرا، به سطح فوقانی کولون عرضی مجاور آن بود (تصویر ۱). ثانیاً با بررسی بیشتر، وجود چندین فیستول بین این دو عضو احشایی مذکور آشکار گردید. ثالثاً لبه‌های گرد این فیستول‌ها و انتشار مواد



کولون عرضی  
کبد  
چین صفاقی حاوی  
کیسه صفراوی

تصویر ۱: نمای چسبندگی بین کیسه صفرا و کولون از راست، بالا و قدام، پنس محل چسبندگی غیرمعمول را نشان می‌دهد.

1-Hartmans Pouch

## بحث و نتیجه گیری

فیستول‌های بین کیسه صفرا و کولون به فیستول‌های کوله‌سیستوکولونیک موسوم می‌باشند و از عوارض نسبتاً نادر بیماری‌های دستگاه صفراوی می‌باشند (۱). در این گزارش یک مورد فیستول کوله‌سیستوکولونیک در جسد بررسی می‌شود.

چسبندگی‌های بین کیسه صفرا و بخش‌های لوله گوارش می‌توانند منشاء مادرزادی یا اکتسابی داشته باشند. در حالی که در موارد اکتسابی، فیستول‌های متعددی در ناحیه چسبندگی ایجاد می‌شوند، در چسبندگی‌های نوع مادرزادی معمولاً فقط یک فیستول وجود دارد (۳). با توجه به تعدد فیستول در محل چسبندگی، به نظر می‌رسد که این مورد در زمره موارد اکتسابی باشد.

فیستول‌های اکتسابی، معمولاً به عنوان یک عارضه ثانویه در تعقیب آسیب‌های کیسه صفرا و یا کولون عرضی ایجاد می‌گردند. در مورد کیسه صفرا، این آسیب‌ها شامل؛ کلیه انواع کوله‌سیستیت‌ها<sup>(۱)</sup> و تومورهای این عضو احتشایی است. ضایعات کولون عرضی که می‌تواند منجر به عارضه فیستول گردند، به اختصار عبارتند از؛ دیورتیکولوز و دیورتیکولیت، بیماری کرون و تومورهای کولون (۸). در بررسی کولون این جسد، هیچ گونه نشانه‌ای از وجود تومور مجاری صفراوی دیده نشد. همچنین دلیلی دال بر دیورتیکولوز، بیماری کرون و یا تومور کولون نیز یافت نشد. بر این اساس، کوله‌سیستیت به عنوان علت اصلی چسبندگی مورد فوق، مطرح می‌گردد (۱). چسبندگی التهابی بین کیسه صفرا و احشاء مجاور و فیستول متعاقب آن از عوارض کوله

سیستیت مزمن درمان نشده می‌باشد. در گذشته به لحاظ پایین بودن شرایط بهداشتی و محدودیت اقدامات درمانی، شیوع این عارضه بیشتر بوده، ولی در دهه‌های اخیر کاهش یافته است.

فیستول ایجاد شده در تعقیب کوله‌سیستیت مزمن موجب درناژ کیسه صفرا و کاهش علائم بیماری و در نتیجه عدم وقوع عمل جراحی کوله‌سیستکتومی<sup>(۲)</sup> می‌شود. بر روی پوست شکم این جسد، هیچ اسکار جراحی یافت نشد که دلیلی بر عدم نیاز به عمل جراحی، علی‌رغم وجود بیماری صفراوی پیشرفته است. پدیده مذکور در گروه فیستول‌های کوله‌سیستوکولونیک دسته‌بندی می‌شود.

در مجموع می‌توان گفت که بررسی این فیستول در تسهیل یادگیری آناتومی و جنین‌شناسی دستگاه گوارش و جنبه‌های بالینی مربوط، اهمیت به سزایی دارد. اصولاً کلیده‌های فهم آناتومی در جنین‌شناسی نهفته است و توجه به جنبه‌های بالینی نیز، انگیزه یادگیری آناتومی را تقویت می‌نماید. در این مورد نیز، با مطالعه جنین‌شناسی پیشین روده<sup>(۳)</sup> و میان روده<sup>(۴)</sup> مشخص می‌شود که سیستم صفراوی از مشتقات بخش انتهایی پیشین روده و ناحیه مورد بحث از کولون عرضی نیز از مشتقات بخش انتهایی میان روده می‌باشند. همزمان با طویل شدن لوپ میان روده، این لوپ دچار چرخشی حول محور شریان مزانتریک فوقانی می‌شود. این چرخش ۲۷۰ درجه‌ای، کولون عرضی را در

1-Cholecystitis  
2-Cholecystectomy  
3-Foregut  
4-Midgut

مجاورت بخش انتهایی میان روده قرار می‌دهد. بدین ترتیب دو ناحیه به ظاهر دور، در مجاورت یکدیگر قرار می‌گیرند.

گزارش مورد فوق، علاوه بر تبیین آناتومی مجاورت کیسه صفرا و کولون عرضی، بر جنین‌شناسی لوله گوارش تأکید کرده و دانشجو را در فهم چگونگی عوارض کوله‌سیستیت و سیر پاتوفیزیولوژی آن، هدایت می‌کند. لازم است در هنگام تشریح، با رؤیت یک آنومالی به بررسی اهمیت کلینیکی آن و ارتباط موضوع با آناتومی و جنین‌شناسی پرداخته شود. این یک مثال روشن برای ادغام افقی و عمودی دروس علوم پایه و بالینی می‌باشد.

# A Case Report of Cholecystocolonic Fistula in a Cadaveric Setting

Esfandiari E\*,  
Sadeghi H\*\*.

\* Professor of Anatomy , Department of Anatomy, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences , Isfahan, Iran

\*\* Assistant Professor of Anatomy , Department of Anatomy, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences , Isfahan, Iran

## KEYWORDS:

**Cholecysto – Colonic fistula, Adhesion, Cadaver**

Received:22/9/1384

Accepted:10/3/1385

**Corresponding author: Esfandiari E**  
**Email: Esfandiari@med.mui.ac.ir**

## ABSTRACT:

**Introduction & Objective:** About 12% of complications of cholecystitis are reported to be the fistula between the gall bladder and the gastrointestinal tract. In this article, a case of inflammatory adhesion between the gall bladder and the transverse colon is reported. Due to the importance of this phenomenon, the literature has been reviewed in order to highlight anatomical relation between these two viscera.

**Case:** A case of inflammatory adhesion between the gall bladder and the adjacent part of transverse colon was observed during routine dissection of abdominal cavity of a male middle age cadaver. The adhesional fold contained multiple fistulae between the fundus of gall bladder and the adjacent part of transverse colon. Through the round openings of these fistulae, the green bile material appeared to have been passed from the gall bladder to the colon.

**Conclusion:** In cases of untreated chronic cholecystitis, this kind of inflammatory adhesion between the gall bladder and the adjacent part of transverse colon and subsequent fistulae used to be a usual complication. Because of low level of hygiene and medical services, the frequency of these complications, was not uncommon in the past, but their occurrence has decreased in recent decades. Meanwhile, due to the possibility of occurrence, the emphasis on anatomical relation of these two viscera, and drafting an integrated discussion of anatomy, developmental and clinical aspects of hepatorenal pouch is mandatory in the educational areas.

**REFERENCES:**

1. Sabiston DC. Sabiston textbook of surgery. 15<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders; 1997; 1145-7.
2. Holst AK, Faergemann C. Spontaneous cholecystocolic fistula. Ugeskr Laeger 1999; 161(49): 6790-1.
3. Rains AJH, Ritche HD. Baily & Love's short practice of surgery. 16<sup>th</sup> ed. Briston: Lewis company; 1975; 868.
4. Slasky BS, Campbell WL. Cholecystosigmoid fistula. Am J Gastroenterol 1983; 78(5): 276-9.
5. Ibrahim IM, Wolodiger F, Saber AA, Dennery B. Treatment of cholecystocolonic fistula by laparoscopy. Surg Endosc 1995; 9(6): 728-9.
6. Rau WS, Matern S, Gerok W, Wenz W. Spontaneous cholecystocolonic fistula: a model situation for bile acid diarrhea and fatty acid diarrhea as a consequence of a disturbed enterohepatic circulation of bile acids. Hepatogastroenterology 1980; 27(3): 231-7.
7. Sabiston DC. Davis Christopher textbook of surgery. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders; 1972; 1080-1.
8. Ramírez A, Domínguez C C, González A M, Díaz R. Analysis of 2 cases and literature review. Rev Gastroenterology Mex 2002; 67(3): 207-9.