

## فیستول‌های صفر اوی داخلی و فیستول بین کیسه صفراء، دوازدهه و کولون

دکتر عبدالحمید حسایی

تحت درمانهای مختلف داروئی بوده ولی نتیجه‌ای نکرده است.

در معاينه بیماری است فوق العاده لاغر و آنمیک. در معاينه دستگاههای مختلف علائم و نکات زیر قیدگردیده است: دردستگاه هاضمه: زبان باردار و کثیف، بی اشتهائی، تبوع و گاهی استفراغ (که جدیداً پیداشده)، اسهال متاوم و درد تمامی شکم جلب نظر میکرد ولی در معاينه شکم جز حساسیت ناحیه اپیگاستر و ہیپوکندر راست عالمت دیگری وجود ندارد.

در دستگاه قلبی، تنفسی: ریه مختصری آمفیزما توست، فشار خون  $\frac{100}{92}$  و تعداد ضربات نبض ۹۲ در دقیقه است. در دستگاه ادراری تناسی: بیمار ۱۵ سال است که رگل نمیشود. ادرار گاهگاهی پررنگ است. درساپر دستگاههای عالمت قابل ذکری مشاهده نشده است جز اینکه در تیروئید یک نودول کوچکی وجود دارد که بیمار اظهار میدارد از سالها قبل آنرا احساس کرده است.

در آزمایش خون: اوره ۳۲ میلی گرم درصد، قند ۹۹ میلی گرم درصد، تعداد گلbul های سفیدخون، ۷۸۰، سگمانته ۵۸، ائوزینوفیل ۲، لنفوسيت ۳۹، مونوسیت ۱، هموگلوبین ۳ گرم درصد و هماتوکریت ۱۲ درصد بود.

از بیمار ابتدا رادیوگرافی کولون‌ها با تدقیه باریوم بعمل آمد و در آن بعد از پرشدن کولون، دوازدهه و قسمتی از معده نیز در عکس دیده می‌شد (تصویر ۱) که بعلت ورود ماده حاجب در آنها بود و غیر از آن در بالای دئونوم نواری

### فیستول بین کیسه صفراء، دوازدهه و کولون

فیستول بین کیسه صفراء و اعضاء مجاور آن یعنی معده، دوازدهه و کولون وروده باریک عارضه‌ای است که گاهگاه دیده میشود ولی فیستول بین کیسه صفراء و دو عضو دیگر از اعضاء مزبور دریک بیمار، عارضه بسیار نادری است بطوریکه تاسال ۱۹۷۵ در مجلات انگلیسی زبان فقط ۲۰ مورد از فیستول بین کیسه صفراء و دوازدهه و معده باهم گزارش شده است [۱۷]. شرح حال زیر گزارشی از یک مورد از این نوع فیستول‌ها است.

### شرح حال مورد بحث

خانم ص-ف. گ. عالله در تاریخ ۲۳ ربیع‌الثانی ۱۴۴۸ در بخش جراحی بیمارستان سینا بستری شماره بایگانی ۴۴۸۴۸ میشود. علت مراجعه بیمار دردشکم و اسهال ۱۵ ماهه بوده است. بیمار اظهار میدارد که این درد در سرشکم و شدت آن متوسط بوده است. بندرت گاهی شدت پیدا میکرده و حالت قولنجی بخود میگرفته است. بطورکلی از نظر زمانی حداقل در دهین چند ساعت تا یکشنبه روز بوده و بعد آمدنی درد نداشته است. بیمار از اسهال بیشتر شاکی بوده و اظهار میداشت که در این ۱۵ ماه مرتبه روزی ۵-۶ بار اجابت مزاج داشته است که گاهی بیشتر و زمانی کمتر ولی همیشه آبکی و گاهی هم همراه دفع بلغم بوده است.

در سابقه بیمار پلورزی زمان جوانی و نیز یک عمل فتق مغبنی در ۲۰ سال قبل ذکر شده است. بیمار بعلت درد و اسهال در این مدت ۱۵ ماه مرتبا

\* گروه جراحی دانشکده پزشکی دانشگاه تهران



شکل ۱



شکل ۲

سنگی وجود نداشت و سایر قسمتهای مجاري صفراء نیز سالم بود.

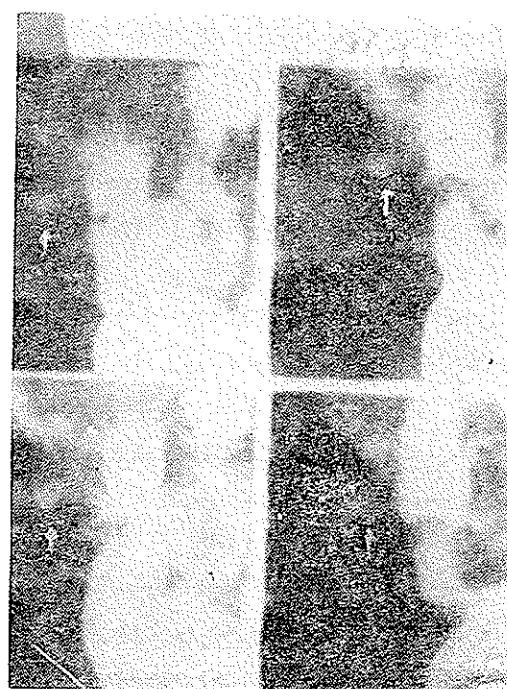
شکم بعد از گذاردن درن بسته شد و عارضه عمده‌ای بعد از عمل جراحی اتفاق نیفتاد. کیسه صفراء جهت بیوپسی ارسال شد که جواب آن آدنوکارسینوم بود.

باریک از باریوم ظاهر شده بود که بطرف بالارفت و چندشاخه میگردید. در رادیوگرافی دیگری (تصویر شماره ۲) که بعد از تخلیه قبولون گرفته شد باز هم دوازده و آتنرمعده و خطوط باریک بالای دوازده بخوبی دیده میشد و بعلاوه در مجاور این خطوط متداری لاز مشاهده میگردید.

با انجام این رادیوگرافی‌ها تشخیص فیستول بین مجاري صفراء، دوازده و کولون داده شد ولی برای تکمیل معاینه از بیمار رادیوگرافی با کمک ماده حاصل خواراکی و تزریقی کیسه صفراء هم انجام شد که نکته جدیدی در آنها مشاهده نشد و ابدآ کیسه صفراء و مجاري صفراء در عکس ظاهر نشدن دارد و نیز یکسری رادیوگرافی معده و اثنی عشر با خوردن داروی حاجب انجام گرفت که تنها در بعضی از کلیشهای یکلکه از باریوم خارج از کادر دوازده نمایان شد (تصویر شماره ۳) بیمار جهت آماده شدن عمل جراحی چند روزی بستری گردید و چندشیشه خون برای بالاآوردن میزان هموگلوبین و هماتوکریت تزریق شد و سپس تحت عمل جراحی قرار گرفت.

لایاروتومی میانی بالای ناف انجام شد و در بازرسی شکم مشاهده شد که در ناحیه کیسه صفراء چندگی زیاد موجود است بطوریکه کیسه صفراء کولون و دئودنوم کاملاً بهم چسبیده بودند. برای مشخص شدن موقعیت ابتدا متداری از چسبندگی‌ها آزاد گردید و سپس کیسه صفراء بازشد که از داخل آن وضعیت فیستول مشخص شود. بدین ترتیب مشاهده گردید که در سطح تحتانی آن متمایل بطرف کانال سیستیک سوراخ کوچکی بقطر ۴ تا ۵ میلیمتر وجود دارد که از آن راه ممکن بود سوند استیلدر را هم وارد کولون و هم وارد دئودنوم نمود. به این شکل که زیر این سوراخ یک دورانی وجود داشت که از یکطرف به کولون و از طرف دیگر به دوازده مریبوط بود ولی طول این فیستولها بتریم بیش از ۵ میلیمتر نبود بطوریکه تنها قطر جدارهای کیسه صفراء و روده مسیر این فیستول‌ها را تشکیل میداد.

کوله سیستکتومی انجام گرفت و سپس سوراخ دوازده و کولون که در حدود نیم سانتیمتر بود و لبه‌های آن تمیز شده بود دوخته شد. جدار کیسه صفراء برداشته شده خیلی کلفت و داخل آن نمای کثیفی داشت بطوریکه مخاط کیسه صفراء ضخیم و ناصاف بود اما بھیچوجه حالت تومری نداشت و ظاهر آچنین بنظر می‌آمد که بعلت ورود مواد غذائی در آن، شکل آن بدینصورت تغییر یافته بود. لازم بتدوچیح است که در کیسه صفراء بھیچوجه



شکل ۳

بحث:

فیستول صفراء داخلي خود بیماری نادری است بطوریکه Shoeder Roth در ۱۰۸۶ مورد (۴۰ درصد) گزارش کردند [۲۰]. Stull شیوع انواع مختلف فیستول داخلي را در اتوپی ۵ درصد گزارش دارد [۱۹]. Puestow بهبود یافته یافعی عمل شده اند ۳٪ از کسانیکه برای بیماریهای مجاری صفراء انجام شده است [۱۴-۱۳]. یک درصد از کل اعمال جراحی که در کلینیک Eppermann و Walters بروز میگاری صفراء انجام شده بعلت فیستول داخلي خود بخود بوده است [۱۳].

بالاخره ۳۰ فیستول داخلي (۲۰ درصد) مشاهده کرده اند [۱۸]. سن: اکثر مبتلایان به فیستول خود بخود معمولاً در درجه اول در ششمین و هفتمین دهه عمر و لاهی در پنجمین دهه عمر میباشند و این ارتباط نزدیکی با سن کوله سیستیت سنگی دارد. زیرا شایعترین علت فیستول سنگ کیسه صفراء میباشد.

[۲۰-۱۸]

جنس: عقیله Marshall و Polk واکثر مصنفین این فیستول در زنان دو برابر مردان ایجاد میشود بطوریکه از ۴۱

مورد فیستول داخلي که توسط مولفین فوق عمل شده اند ۲۶ مورد زن و ۱۵ مورد مرد بودند. تحقیقات Mayo Clinic نیز

چنین نتایجی داشته است [۲۰-۱۹-۱۸]

علت:

فیستول صفراء بردو نوع داخلي و خارجي تقسیم میشود و هر نوع از آنها ممکن است خود بخود یاد نتیجه تر و ماتیسم ایجاد شود. [۱۱-۲۱]

#### اول- فیستول صفراء داخلي:

الف- خود بخود:

- ۱- سنک کیسه صفراء
- ۲- کوله سیستیت غیر سنگی
- ۳- سنک کولدولک
- ۴- اولسر معده و اثنا عشر
- ۵- کانسر کیسه صفراء و مجاری صفراء
- ۶- کانسر اعضاء مجاور مثل معده، دمودنوم، کولون و کلید.

۷- کیست هیداتیک

۸- مادرزادی

ب- تروماتیک:

- ۱- اعمال جراحی بروزی مجاری صفراء
- ۲- نشان سوند موجود در مجاری صفراء
- ۳- پونکسیون کبد.

#### دوم- فیستول های صفراء خارجي:

الف: خود بخود:

- ۱- آبسه کیسه صفراء که معمولاً نتیجه سنک است

۲- کارسینومای کیسه صفراء

۳- آکتینومیکوزیس

۴- مادرزادی

ب- تروماتیک:

- ۱- اعمال جراحی کوله سیستوتومی، کوله سیستکتومی، کلدو کوستومی، باز کردن آبسه کبدی، عمل کیست هیداتیک، قطع مجاری صفراء.
- ۲- ضربه شکم و پارگی کیسه صفراء.

: نظریه اینکه بیمار گزارش شده فیستول صفراء داخلي داشته لذا فقط در این باره بحث خواهیم کرد.

## مشاخده کرده‌اند.

Waggoner و Lomone در فیستول داخلی بامنشاء کیسه صفراء ۵۱ درصد به دوازده و ۲۱ درصد به کولون ارتباط داشته‌اند [۱۸]. Mayo Clinic هم در ۱۷۶ مورد ۵۷ درصد کوله‌سیستودئونال و ۱۸ درصد کوله‌سیستوکولیک گزارش داده است.

باید دانست که بعقیده Walters کوله‌سیستیت‌های غیر سنگی بمندرجات میتوانند ایجاد فیستول صفراء ارتباط نمایند [۲۰].

فیستولهای خودبخود بامنشاء کلدوك به علت نزدیکی مجرای کولدوك به دوازده شایعترین نوع این فیستول، کولدوك‌کودئونال است که اکثر اعلت اولسر اثنا عشر میباشد [۱۹]. اولسرهای سطح خلفی بیشتر در کولدوك واولسرهای سطح قدامی یا فوقانی بیشتر در کیسه صفراء باز می‌شود [۱۳].

بطور کلی ۶ درصد از فیستولهای صفراء ارتباط اولسر دوازده است [۱۳] و دریک آمار از ۳۶ بیمار مبتلا به فیستول صفراء بعلت اولسر ۳۰ نفر کولدوك‌کودئونال و ۶ نفر کوله‌سیستودئونال بوده است [۱۹] با اینهمه بعقیده Maingot نادر بودن فیستول کولدوك و دئونال با درنظر گرفتن شیوع زیاد اولسر و مجاورت نزدیک کولدوك و اثنا عشر عجیب است [۱۳].

ابتدا سنک‌های انتهای کولدوك ممکن است دیواره مجراء و دئونوم را سوراخ کرده و ایجاد فیستول کند ولی این نوع فیستول از انواعی که درنتیجه اولسر ایجاد می‌شود خیلی نادرتر است [۱۳-۱].

## فیستولهای داخلی بعلت کانسر:

در مواد خیلی نادر ممکن است کانسر مجاری صفراء و یا دوازدهه باعث ایجاد فیستول کوله سیستودئونال یا کولدوك‌کودئونال شود [۱۹-۱۳-۷-۱] در این میان کانسر کیسه صفراء موقعیت بیشتری در ایجاد فیستول دارد. کانسر معده نیز ممکن است فیستول ایجاد کند [۱۷] همچنین کانسر زاویه کبدی کولون از این وضع برخوردار است [۱۸-۱۳].

**تعداد فیستولها:** عمولاً فیستول واحد است یعنی فقط یکی از انواع فیستول مشاهده می‌شود ولی ممکن است فیستول صفراء بدوعضوراه داشته باشد. شناخته شده‌ترین این نوع فیستول کوله‌سیستودئونوکولیک می‌باشد که یک سوراخ از کیسه صفراء شروع شده به دوازدهه و کولون متصل می‌شود و در

## فستول‌های کیسه صفراء بعلت سنک:

شایعترین علت فیستول‌های داخلی سنک کیسه صفراءست و بهمین جهت است که سن مبتلایان به فیستول صفراء ارتباط نزدیکی با سن بیماران مبتلا به کله سیستیت سنگی دارد [۲۰-۱۳-۱۱-۳].

بطوریکه در آمار Hichen و Corby از ۷۷۲ فیستول در ۸۸ درصد آنها کیسه صفراء دخالت داشته و در ۹۰ درصد این فیستولها در کیسه صفراء سنک وجود داشته است.

تحول کله‌سیستیت‌های مکرر باعث چسبندگی بین کیسه صفراء و احشاء مجاور شده سپس درنتیجه آماں و فشار سنگ تدریجاً نکروز دیواره کیسه صفراء و عضو مجاور ایجاد شده و فیستول بوجود می‌آید [۱۲-۹]. عموماً سنگ‌های بزرگ و منفرد هستند که این نوع فیستول‌ها را ایجاد می‌کنند [۱۶]. سنک را قاعدتاً در عنگام عمل جراحی یا اتوپسی نمیتوان یافت زیرا عموماً وارد روده شده ودفع میگردد ولی ممکن است شواهدی مانند دفع سنک از رکتوم و یا سابقه ایلتوس‌های صفراء وجود داشته باشد.

بعد از انتقال سنک از کیسه صفراء به روده ممکن است ناراحتی‌های بیمار تسکین یافته و خود فیستول هم خودبخود بسته شود [۱۳] و درنتیجه بیماری که مدت‌ها از کله‌سیستیت مردم سنگی شکایت داشته بهبود پیدا کند. گاهی هم سنک در روده متوقف شده و انسداد ایجاد مینماید. البته این کیثیت در موادی اتفاق می‌افتد که قطر سنک از ۲۵ سانتی‌متر بزرگ‌تر باشد. محل ایجاد انسداد عموماً در ایلثون، دریچه ایلتوسکال و یا پیلور است (وقتی فیستول بین کیسه صفراء و معده باشد).

ابتدا این عارضه نادر و فقط ۰/۶ درصد کل انسدادهای مکانیکی را تشکیل میدهد [۱۶].

کیسه صفراء ملتهب حاوی سنک ممکن است بهر عضو توخالی بچسبد و در آن پاره شود ولی بعلت نزدیکی دئونوم شایعترین محلی که فیستول بامنشاء کیسه صفراء ایجاد می‌شود دوازدهه است. ولی فیستول به نقاط دیگر نیز مانند زاویه کبدی کولون و معده، لگنچه، جنب، پریکارد، برنش، ورید باب و غیره گزارش شده است [۴].

از Rio de Janeiro و Monterio Caminha فیستول ۵۹ درصد کوله سیستودئونال-۱۵ درصد کوله سیستو-کولیک ۱۶ درصد کوله سیستو-گاستریک داشته‌اند. Manix و Glenn در ۴۰ فیستول داخلی ۷۶ درصد کوله سیستو دئونال-۵ درصد کوله سیستو کولیک و ۲/۵ درصد کوله سیستو گاستریک

و اثناعشر و رادیوگرافی کولون ها بعمل آید. در عکس ساده در بعضی موارد در مجاری صفراوی خوا مشاهده میشود. بنظر میاید که این هوا بیشتر بعلت عفونت باشد تا ارورود هوا از راهروده، البته وجود هوا در مجاری صفراوی علامت پاتو گونومونیک فیستول صفراوی نمیباشد و در موارد نادر ممکن است درنتیجه نارسانی دریچه اودی مشاهده شود ولی در صورت وجود، علامت بسیار ارزشده‌ای است [۱۳-۱۹].

کولانزیو گرافی در اکثر موارد بعلت بدکاری و بیماری شدید کیسه‌های صفرا ارزشی ندارد [۱۴] ممکن است اگر کیسه‌های صفرا خایعه مهمی نداشته باشد فیستول رانمایان سازد. در بلع یا تئیه باریوم و روماده حاجب به مجاری صفراوی نشان‌دهنده فیستول صفراوی است. Hardy ذکر میکند که فیستول‌های تازه معمولاً (البته نه همیشه) گشاد هستند و خودشان را بوسیله عبور باریوم از دستگاه گوارش نشان میدهند ولی فیستول‌های قدیمی اکثراً (ولی نه همیشه) تنک و منتظر بوده و به باریوم اجازه عبور نمیدهند.

در آماری از بیمارستان دانشگاهی Ohio State از ۲۲۰۰۰ بیمار مبتلا به فیستول صفراوی در ۵۷٪ موارد رادیو گرافی ساده شکم، هوا در مجاری صفراوی دیده شده و درصد موارد بلع باریوم وجود ماده حاجب را در مجاری صفراوی نشان داده است.

#### علاوه‌آزمایش‌گاهی:

هیچ آزمایش خونی و سرمی و ادراری برای تشخیص فیستول صفراوی وجود ندارد [۱۹]. در اکثر موارد گلبوهای سفید خون طبیعی است مگر آنکه آنژیوکولیت چرکی وجود داشته باشد که در اینصورت لوکوسیتوز مشاهده میشود [۱۶] ممکن است بعلت خونریزی آنی عدم دیده شود. بیلر وین بیماران اکثراً طبیعی است بغیراز مواردیکه در فیستول‌های خارجی انسدادی در مجاری صفراوی وجود داشته باشد.

#### عوارض:

بعلت اینکه فیستول‌های صفراوی علامت مشخصی ندارد اکثراً تاوقتی که عوارض آن ظاهر نگردیده بدان توجه نمیشود. این عوارض عبارتنداز:

Gall Stone - ۱ که در باره آن بحث شد و باید اضافه کرد که خطر این عارضه خیلی زیاد است و حتی به ۵۰ درصد هم میسرد [۱۹].

حقیقت یک سدراه ایجاد میشود. از این نوع فیستول‌ها همانظور که گفته شد تاسال ۱۹۷۰ در مجلات انگلیسی زبان ۲۰ مورد انتشار یافته [۱۷] که در «جدول صفحه بعد» آمده است. ایجاد خودبیخود دو فیستول جدا از هم یعنی دو فیستول کاملاً مجزا بین مجاری صفراوی و اعضاء مجاور فوق العاده نادر و تابحال در تاریخچه طب فقط یک مورد از آن گزارش شده است [۱۸].

**علاوه‌آزمایش‌گاهی:** تشخیص فیستول‌های صفراوی داخلی خیلی مشکل است زیرا هیچ علامت بالینی مشخص ندارد و ممکن است خود بخود ببهود یابد [۱۳-۱۶] در غرhalt علائمی هم که وجود دارد بر حسب بعلت او لیه (سنگ، اولسر و سرطان) یا عضو مبتلا (دوازده، کولون، معده) فرق میکند [۱۸] ولی بطور کلی علائم آن شبیه نشانه‌های بیماری‌های مجاری صفراوی است و بیمار از سوء خاصمه، نفخ، استفراغ، اسهال و احساس نا آرامی بعد از غذای چرب رنج میکشد [۱۳]. در قسمت اعظم بیماران علائم سه گانه شارکو (درد- تب و ایکتر) مشاهده میشود که نتیجه آنژیوکولیت است.

Aird معتقد است که در بعضی از موارد ممکن است فیستول صفراوی را با علائم کلینیکی اش تشخیص داد که این علائم عبارتنداز: آنژیوکولیت و تب و لرزه‌های راجعه به لاغر شدن با یا بدون ایکتر [۴]. این آنژیوکولیت‌ها بعلت بازگشت مواد از روده بطرف کیسه‌های صفرا و مجاری صفراوی است که حتی ممکن است منجر به هپاتیت هم بشود. بنظر میرسد که فیستول‌های کولون راکسیون حاد و شدیدتری ایجاد کند [۱۶-۱۴]

اسهال این بیماران نتیجه تحریک مخاط کولون بوسیله صفراست و وجود آنژیوکولیت وایکترهای راجعه و نیز اسهال از عواملی است که بیماران را بتدریج بطرف ضعف عمومی، آنی و حتی کاشکسی میبرد و این لاغری و ناتوانی بیشتر از آن است که در بیماری‌های کوله‌سیستیک دیده میشود [۱۴].

از نظر علائم فیزیکی در موارد آرامش غیر از لاغری و آنی چیز مهمی جلب توجه نخواهد کرد فقط در موقعی که کوله‌سیستیت یا آنژیوکولیت درین باشد حساسیت و انتباختی در هیچ‌کندر راست حس میشود. گاهی هم هپاتومگالی ممکن است وجود داشته باشد.

#### رادیولوژی:

تشخیص قطعی فیستول صفراوی بوسیله رادیولوژی است [۱۸]. لازم است رادیو گرافی ساده شکم، کولانژیو گرافی معده

## هیچ نوع اطلاع دیگری در دست نیست

ردیف	نام ازدحام	تاریخ	گزارش دهنده	سن	جنس	اطلاعات بالینی	هزاراً در مجاری صفر اوی	عمل جراحی	مرگ
۱	Murchison	۱۸۵۷							
۲	Judd و Burden	۱۹۲۵							
۳	» » »	»							
۴	» » »	»							
۵	» » »	»							
۶	Everingham	۱۹۲۷		۵۹	زن	استفراغ - زردی		کوله‌سیستکتومی دوختن سوراخ دئودنوم و کولون	
۷	Lonell	۱۹۴۷		۵۵	مرد	درد-استفراغ - تومر		دوختن سوراخ دئودنوم و کولون - گاستر و آنتروستومی	
۸	Marquardt et al	۱۹۴۷		۵۳	مرد	درد-اسهال-استفراغ مدفعوعی		عمل نشد	
۹	Neville	۱۹۵۴				درد- استفراغ مدفعوعی	+	کوله‌سیستکتومی + دوختن سوراخ دئودنوم و کولون	
۱۰	Rosenqvist و Sjoberg	۱۹۵۵		۶۱	مرد	درد- اسهال	» » »		
۱۱	Edmunds و Harvard	۱۹۶۱		۷۲	زن	درد - استفراغ	» » »		
۱۲	Dowse	۱۹۶۳		۷۶	زن	درد-اسهال-استفراغ مدفعوعی	» » »		
۱۳	Pitman و Davies	۱۹۶۳		۶۴	زن	اسهال - استفراغ	+	دفع‌سنگ از روده - باقی گذاردن فیستول	
۱۴	Pedersen	۱۹۶۵		۸۸	زن	اسهال-استفراغ مدفعوعی		تشخیص اتوپسی	
۱۵	Amoury و Barkes	۱۹۶۶		۳۸	مرد	درد	+	کوله‌سیستکتومی + دوختن سوراخ دئودنوم و کولون	
۱۶	» » »	»		۶۴	زن	درد-اسهال- استفراغ	+	دوختن سوراخ دئودنوم و کولون	
۱۷	» » »	»		۵۸	زن	اسهال	+	کوله‌سیستوتومی + دوختن سوراخ کولون	
۱۸	Nemhauser و Thompson	۱۹۶۶		۸۴	زن	درد- اسهال-استفراغ		کوله‌سیستکتومی + دوختن سوراخ دئودنوم و کولون	
۱۹	Shocket و Jonas و Evans	۱۹۷۰		۶۵	زن	اسهال	» » »		
۲۰	» » »	»		۶۴	مرد	درد- استفراغ	+	دوختن سوراخ کولون و دئودنوم	

۴- خونریزی بعلت پاره شدن شريان سیستیک درجریان ایجاد فیستول یا زخم کتاره‌های کیسه صفر ایا روده [۵].

۵- اسهال که در فیستولهای کوله‌سیستوکولیک هم جزو عوارض است وهم جزو علائم.

۲- اکلوزیون بعلت چسبندگی ناشی از آماس کیسه صفر [۸].

۳- آنزیوکلیت صعودی که علائم این عارضه جزو علائم خود فیستول منظور میشود [۱۹-۸].

پیش‌آگهی این عمل جراحی غالباً بدتر از عمل های خایعات مجازی است بطوریکه Polk و Manix از ۴۰ مورد عمل جراحی ۴۰ مورد نجات (۱۲۵ درصد) داشته‌اند که با مقایسه با مرگ و میر عملهای عادی مجازی صفر اوی (۱/۱ درصد) از حد معمول زیادتر است [۲۳]

二十九

شرح حال يك موردي فيستول کولو سیستود او دنو کولیک بعملت آدنو کارسینوم بیان شد.

فیستولهای داخلی صفر اوی مورد بحث قرار گرفت و آماری ذکر گردید که بموجب یکی از آنها تا سال ۱۹۷۵ در مطبوخات انگلیسی زبان ۲۰ مورد فیستول کوله میستودند و کولیک شرح داده شده که هم‌آنها در اثر سنک کیسه‌صفرا بوده در صورتیکه عمل فیستول کوله میستودند نو کولیک ییمار گزارش شد در این مقاله، کانسر کیسه‌صفرا پوچده است.

＊＊＊

در خاتمه ضمن تشکر از بخش‌های پرتوشناسی، آسیب‌شناسی و آزمایشگاه بیمارستان سینا لازم است از زحمات آفای دکتر موسی مشغق کارورز ساقی بیمارستان سینا در جمع آوری آمار مربوط به این مقاله سپاسگزاری کنیم.

ع- لاغری، آنمی، آویتامینوز ناشی از اسیدالرا هم میتوان جزو عوامل محسوب داشت [۱۹].

۷- اختلالات الکترولیتی مخصوصاً هیپو ناترمی و اسیدوز در فیستول عای خارجی [۱۶]. درمان:

عمل جراحی است و باید این کار بعد از آماده نمودن کامل بیمار خصوصاً از نظر وضع عمومی و آنژریوکولیت انجام گیرد. در عمل جراحی باید ابتدا دوعضو چسبنده را از یکدیگر جدا کرده سپس عضوی که کیسه صبرایا کولدوک به آن چسبیده است بدون ایجاد تنگی دوخته شود.

در مرحله بعد پس از بروزی کامل، کیسده صفر ابرداشته می شود و اثر فیستول کو لدو کو دلؤدنال باشد علاوه بر کوله سیستکتومی (کبد غالباً لازم است) باید سنک های کو لدو لکرا (اگر وجود داشته باشد) خارج کردو Transduodenal Sphincterotomy انجام داده و سپس درن درجا گذارد.

همیشه قبل از بستن جدارشکم باید کولانژیو گرافی روی تیخت عمل انجام گیرد [۱۳] .  
اگر فیستول درنتیجه او لسرا ایجاد شده باشد بهتر است گاسترکتومی پارسیل انجام شده و ضایعه مجرای صفر اوی ترهیم گردد [۷] .

## REFERENCES

- 1- Aird, I., Companion in surgical studies, 165-966. 2nd Ed. London, Livingstone, 1957.
  - 2- Baily, H. Pye's, Surgical Handicrafts, 305., 18th. Ed. Bristol, John. Wright & Sons. 1962.
  - 3- Baily, H. Love. M.N., *Short Practice of Surgery.*, 337-338., London Lewis & Co. 1956.
  - 4- Collon, L.T. A synopsis of surgery, 583, 6th. Ed. Bristol. Wright. Co. 1963.
  - 5- Corry, R.J., *Arch. Surg. (Chicago).*, 97: 531, 1968.
  - 6- Davis, D.V. and Coupland, R.E. Gray's. Anatomy. 1521. 34. Ed. London. Logmans, 1967.
  - 7- Davis, L. Christopher. *Text Book of Surgery.* 669. 8th. Philadelphia. Saunders., Co. 1964.
  - 8- Gardner, N.H., *Brit. Med. J.*, 12: 723, 1968.
  - 9- Guyton, Text Book of medical physiology., 862. 4th. Ed. Philadelphia; Saunders. Co. 1971.
  - 10- Hardy., A Complication in surgery and their management., 485. 2nd. Ed.Philadelphia, Saunders. Co. 1967.
  - 11- Jonas , K.C. Babcock's principles and practice of surgery. 13'6. 1st Ed. London, Henry Kinspton.

Co. 1954.

12- Kiely., *Text book of surgery*. 819, 2nd Ed. London, Lewis. Co. 1958.

13- Maingot , Radny., *Abdominal operation*, II2. 4th. London, Lewis. Co. 1961.

14- Puestow., C.B. *Surgery of the biliary tract, pancreas and spleen*. I27. 2nd Ed. Chicago, the year book publisher, INC. 1957.

15- Sherlock., S. *Disease of liver and biliary system*. 673, 2nd. Ed. Illinois Charles. Thomas publisher. 1958.

16- Sherlock., S. *Disease of liver and biliary system*., 583. 2nd. Ed., Illinois. Charles. C. Thomas. 1972.

17- Shochet., E. Evans. J.E., *Arch. Surg*, 101: 523. 1970.

18- Shiu., *Brit. J. Surg.* 54: II. 1967.

19- Stull., J.R., *Amer. J. Surg.*, 120: 27, 1970.

20- Walters., W., *Lewis Practis of surgery*., II4. Ist., Maryland. W F. Prior company. INC. 1950.

21 Weitzman, J., *J. Pediatric* , 23: 329, 1968.