

گزارش یک مورد فیبروم و توده آدنکس تشخیص افتراقی شاخ فرعی در رحم تک شاخ

دکتر سیده اعظم پورحسینی^۱، دکتر سیده هدی صدیقیان^۲، دکتر مائده خسروی^{۲*}

۱. استادیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات نوزادان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. رزیدنت گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۰۶

خلاصه

مقدمه: ناهنجاری‌های رحم به دلیل اختلال در شکل‌گیری، تکامل یا نقص در اتصال جوانه مولرین در دوره جنینی ایجاد می‌شوند. یکی از ناهنجاری‌های مادرزادی مجرای مولرین، رحم تک‌شاخ است که در ۰.۷۵٪ موارد با وجود یک شاخ فرعی رودیمنتاری همراهی دارد. این شاخ فرعی می‌تواند آندومتر فعال داشته باشد و تجمع خون قاعدگی در آن به صورت هماتومترا موجب علامت‌دار شدن گردد. در این مطالعه یک مورد شاخ فرعی در رحم تک‌شاخ گزارش می‌شود.

معرفی بیمار: بیمار خانم ۳۷ ساله با سابقه دو زایمان طبیعی و ترم بود که با شکایت دیسمنوره، دیسپارونی و منومترورژی به اورژانس زنان بیمارستان امام رضا (ع) مشهد مراجعه نمود. بیمار پس از ارزیابی‌های اولیه با تشخیص اولیه میوم اینترالیگامنتوری لاپاراسکوپی شد که شاخ فرعی رحم تک‌شاخ شناسایی گردید و حین لاپاروسکوپی به همراه لوله چپ رزکت شد.

نتیجه‌گیری: در زنانی که با علائم مطرح کننده اندومتريوز، حاملگی اکتوپیک یا فیبروم رحمی مراجعه می‌کنند، ناهنجاری‌های رحمی از جمله شاخ فرعی در رحم تک‌شاخ بایستی مدنظر قرار گیرد.

کلمات کلیدی: شاخ فرعی، مجرای مولرین، هماتومترا

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر مائده خسروی؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۰۲۲۶۰۸؛ پست الکترونیک:

Khosravim971@mums.ac.ir

مقدمه

ناهنجاری‌های رحم به دلیل اختلال در شکل‌گیری، تکامل یا نقص در اتصال جوانه مولرین در دوره جنینی ایجاد می‌شوند. گزارش شده است که شیوع این اختلالات از ۴-۲٪ در جمعیت زنان سنین باروری مشاهده می‌شود (۱). رحم تک‌شاخ یکی از ناهنجاری‌های سیستم مولرین است که به علت نقص در ایجاد و یا تکامل یکی از مجاری مولرین به وجود می‌آید. ناهنجاری‌های مادرزادی رحم اغلب بدون علامت بوده، بنابراین ممکن است تشخیص داده نشوند. این ناهنجاری‌ها ممکن است در یک زن جوان منجر به درد در زمان قاعدگی، خونریزی غیرطبیعی رحمی و هماتومترا شوند و سلامت ژنیکولوژی و مامایی زن را تحت تأثیر قرار دهند (۲).

برآورد شیوع ناهنجاری‌های مادرزادی رحم در بیشتر موارد ساده نیست، زیرا بسیاری از آنها بدون علامت هستند و یا علائم و نشانه‌های ظریف ممکن است برای تشخیص دیگری اشتباه باشد. ناهنجاری‌های رحم در ۴-۲٪ از زنان بارور با نتایج تولید مثل طبیعی اتفاق می‌افتد (۳).

علائم بالینی شامل درد لگنی به صورت دوره‌ای یا غیردوره‌ای، دیسمنوره، خونریزی غیرطبیعی رحمی و هماتومترا می‌باشد. در این گزارش یک مورد شاخ فرعی شناسایی شده در یک زن مولتی‌پار که با درد شکم مراجعه کرده است، معرفی می‌گردد.

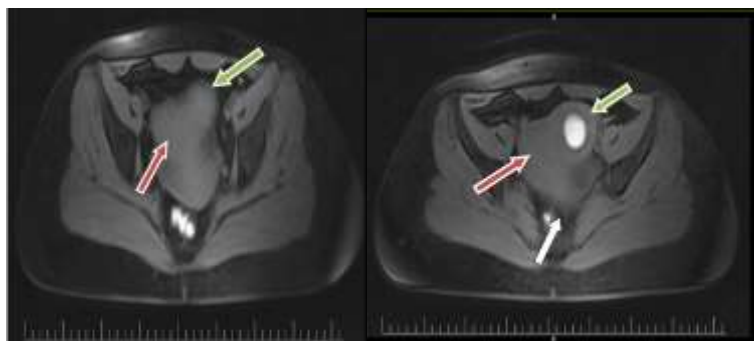
معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۷ ساله دارای ۲ فرزند سالم که هر دو حاصل زایمان واژینال بوده است، با شکایت درد

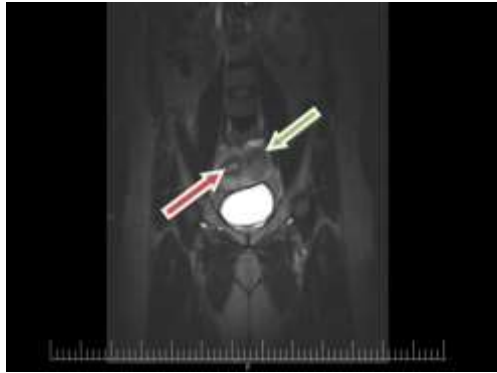
هیپوگاستر از ۴ ماه قبل و دیسمنوره و دیسپارونی از ۴ سال قبل و منومتروآژی از ۲ ماه قبل به بیمارستان امام رضا (ع) مشاهد مراجعه کرد. همچنین در شرح حال، سابقه دردهای مبهم لگن و دیسمنوره وجود داشت که پیگیری نداشته است. بیمار در بدو مراجعه، شکم نرم و فاقد تندرنس داشت. در معاینه واژینال انجام شده از بیمار، ظاهر سرویکس نرمال بود و دیسشارژ نداشت. در معاینه دودستی، سایز رحم نرمال بود و حرکات سرویکس دردناک نبود.

در سونوگرافی ترانس ابدومینال انجام شده رحم به ابعاد ۹۲*۴۶ میلی‌متر و اکوی نرمال و اندومتر یال لاین ۶ میلی‌متر رؤیت شد. آدنکس راست نرمال گزارش شده بود. در آدنکس چپ در مجاورت دیواره لترال چپ فوندوس رحم ضایعه هیپوآکو دارای مرکز کیستیک به ابعاد ۵۶*۴۶ میلی‌متر مشاهده شد. مرکز کیستیک ضایعه حاوی کانون اکوژن به دیامتر ۱۴ میلی‌متر و اکوی اینترنال منتشر بود که می‌تواند ناشی از EP یا فیبروم دژنره باشد.

در MRI انجام شده از بیمار، رحم رتروورسه به ابعاد ۱۰۵*۵۵ میلی‌متر، ضخامت آندومتر ۷ میلی‌متر و توده گرد با سیگنال میکس با حدود واضح به ابعاد ۶۰*۵۵ میلی‌متر چسبیده به کناره قدامی و لترال رحم و کانون کیستیک در خلف آن و آدنکس چپ به دیامتر ۳۷ میلی‌متر مشاهده شد. اثر فشاری توده بر روی رحم و جابجایی آندومتر به سمت راست نیز مشهود بود. یافته‌های فوق به نفع میوم دژنره و نکروزه همراه با ضایعه کیستیک مانند اندومتريوز بود (شکل ۱ و ۲).



شکل ۱- نمای اگزینال در MRI، پیکان سبز: شاخ رودیمنتاری، پیکان قرمز: رحم، پیکان سفید: سرویکس.



شکل ۲- نمای کروئال در MRI، پیکان سبز: شاخ رودیمنتاری، پیکان قرمز: رحم.

برنامه‌ریزی شد. در حین لاپاراسکوپی توده ۸ سانتی‌متری چسبیده به رحم با نمای شبیه میوم یا شاخ فرعی رحم بین لیگامان روند و لوله سمت چپ قرار داشت که همراه با لوله سمت چپ رزکت شد (شکل ۳).

بیمار کاندید لاپاراسکوپی با تشخیص احتمالی میوم اینترالیگامنتوری شد. جراحی در اتاق عمل زنان بیمارستان امام رضا (ع) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد با سیستم Olympus و تحت بیهوشی عمومی



شکل ۳- نمای لاپاروسکوپیک. پیکان زرد: شاخ رودیمنتاری، پیکان سبز: لیگامان روند چپ، پیکان آبی: رحم، پیکان قرمز: لیگامان روند راست.

فانکشنال است که ارتباط ساختاری با شاخ اصلی ندارد (۴). این شاخ رودیمنتاری یک ناهنجاری ناشی از به هم چسبیدن ناقص یکی از مجاری مولرین است. بروز حاملگی ابتدایی در شاخ فرعی هم خود رویداد نادری است که در یک مورد بارداری از هر ۷۶،۰۰۰ بارداری تخمین زده می‌شود (۵).

حفره شاخ فرعی معمولاً ارتباطی با حفره اصلی رحم ندارد. یک باند فیبری یا عضلانی فیبرو عضلانی این دو را به هم متصل می‌کند، اما در ۹۰-۸۰٪ موارد ارتباطی وجود ندارد. شاخ رودیمنتاری ممکن است دارای یک حفره آندومتر عملکردی باشد یا ممکن است یک توده کوچک جامد از عضله رحم بدون آندومتر عملکردی باشد (۶). تظاهرات بالینی شاخ رودیمنتاری بسیار متنوع است. در مطالعه جایاسینگ و همکاران (۲۰۰۵)، ۷۸٪

در وسط توده یک ساختار کیستیک وجود داشت که حاوی ترشحات شکلاتی رنگ شبیه به محتوای آندومتریوما بود. نمونه پاتولوژی ارسال شد که شاخ رودیمنتاری گزارش گردید. به نظر می‌رسد که شاخ فرعی دارای اثرات فشاری بر روی آندومتر بوده و باعث دیستورشن آندومتر شده است. علاوه بر این محتوای مایع شکلاتی موجود در شاخ فرعی باعث سبب آندومتریوت و ایجاد متروراژی در بیمار گردیده است.

بحث

رحم تک‌شاخ یک مالفورماسیون رحمی نادر با شیوع بین ۱۳/۷-۲/۴٪ در تمام مالفورماسیون‌های رحمی است. رحم تک‌شاخ در ۷۵٪ موارد با حضور یک شاخ فرعی رودیمنتاری همراهی دارد که اکثر موارد دارای آندومتر

تظاهرات غیرعادی، سقط، زایمان زودرس، باقی ماندن جفت و پارگی رحم همراه است. این نوع حاملگی در موارد نادری می‌تواند به دنبال مهاجرت اسپرم در پری‌توتن، در شاخ فرعی غیرارتباطی هم رخ دهد (۱۲).

شاخ فرعی رحم ممکن است با تشخیص‌های اولیه فیبروم، توده آدنکس، حاملگی اکتوپیک و یا سایر آژنزی‌ها تحت بررسی و جراحی قرار گیرند. جهت افتراق این پدیده از سایر ناهنجاری‌ها مانند آترزی رحم و رحم دوشاخ می‌توان وجود سایر ناهنجاری‌های همراه مانند کلیه و ناهنجاری‌های تناسلی دیگر را بررسی کرد (۴، ۱۲).

می‌توان از ارزیابی‌های بیشتر قبل از جراحی شامل تکنیک‌های مختلف تصویربرداری مانند MRI، سونوگرافی دوبعدی و سه‌بعدی، هیستروسالپینگوگرافی و سونوهیستروگرافی بهره برد. سونوگرافی دوبعدی که در بیمار گزارش حاضر انجام شد و رایج‌ترین رویکرد تشخیصی نیز می‌باشد، در مطالعات تنها ۲۶٪ حساسیت تشخیصی داشته است (۱۳). با وجود اینکه MRI همچنان استاندارد طلایی شناخته می‌شود، مطالعات نشان داده است که سونوگرافی سه‌بعدی در صورت در دسترس بودن و انجام، می‌تواند حساسیت و اختصاصیت ناهنجاری‌های رحمی را به ترتیب به ۹۳٪ و ۱۰۰٪ افزایش دهد (۱۳، ۱۴).

هنگامی که در یک بیمار شاخ فرعی غیرارتباطی دارای آندومتر فعال شناسایی می‌شود، باید توسط جراحی برداشته شود تا علاوه بر برطرف شدن علائم ایجاد شده ناشی از هماتومترا، از عوارض بعدی خصوصاً عارضه‌دار شدن حاملگی حفره اصلی رحم و حاملگی اکتوپیک در شاخ فرعی جلوگیری شود. لوله رحمی همان سمت نیز باید جهت پیشگیری از حاملگی اکتوپیک در لوله برداشته شود. گزارش‌ها نشان می‌دهد که امکان انجام عمل جراحی توسط لاپاراسکوپی با همان نتایج درمانی و با کاهش مدت بستری و نتایج زیبایی بهتر وجود دارد. هنگام جراحی باید به وجود واریاسیون‌های احتمالی عروق و حالب دقت شود (۴، ۱۵). مزیت در بیمار گزارش حاضر این بود که برداشت جراحی به روش لاپاراسکوپی

موارد بدون علامت بودند و تا دهه ۳۰ زندگی شناسایی نشدند (۷). این شاخ ابتدایی همچنین می‌تواند برخی از تظاهرات بالینی زنان و زایمان را ایجاد کند. وجود شاخ رودیمنتاری در رحم تک‌شاخ با افزایش احتمال خطرات حاملگی مانند سقط، زایمان زودرس و مرگ داخل رحمی جنین همراه است. بیمار معرفی شده در گزارش حاضر از این نظر ویژه است که بیمار دارای سابقه دو حاملگی بدون عارضه با زایمان واژینال بود و گزارشات معدودی از شناسایی این ناهنجاری در زنان با سابقه حاملگی‌ها و زایمان‌های بدون عارضه قبلی در متون وجود دارد (۴، ۸، ۹). هرچند که در بیمار حاضر سابقه دردهای مبهم لگنی و دیسمنوره وجود داشته که پیگیری نشده بود.

همانند رحم طبیعی پولیپ، فیبروم و آدنومیوز نیز ممکن است در شاخ فرعی رحم مشاهده شود. تظاهرات بالینی رحم تک‌شاخ با شاخ فرعی غیرارتباطی شامل دیسمنوره، درد شکم و هماتومترا (احتباس خون قاعدگی در داخل شاخ فرعی) می‌باشد. همچنین احتمال وقوع حاملگی نابه‌جا در شاخ فرعی وجود دارد (۶). همچنین شاخ فرعی رحم می‌تواند عامل درد و توده شکمی در زنان جوان باشد (۱۰).

در شاخ فرعی رحم می‌تواند آندومتریوز ایجاد شود که باعث دیسمنوره، درد مبهم شکم، دیسپارونی و شکم حاد شود. آندومتریوز که در این موارد مشاهده می‌شود از نظریه قاعدگی رتروگرید پشتیبانی می‌کند. قاعدگی رتروگراد از لوله همان طرف ناشی از آندومتریوز است. درد آندومتریوز در این موارد معمولاً جدی است و می‌تواند باعث دیسمنوره شدید، درد مزمن لگن و دیسپارونیا شود (۱۱). در بیمار حاضر به نظر می‌رسد که شاخ فرعی دارای اثرات فشاری بر روی آندومتر بوده و باعث دیستورشن آندومتر شده است. علاوه بر این محتوای مایع شکلاتی موجود در شاخ فرعی باعث سبب آندومتریوت و ایجاد متروورژی در بیمار گردیده است.

گزارشات بالینی در مورد تشخیص شاخ فرعی رحم با درد مزمن و توده شکم، حاملگی در شاخ فرعی و یا بدون علامت حین لاپاراسکوپی به علل دیگر وجود دارند. حاملگی در خود شاخ فرعی رحم تک‌شاخ با ریسک

و بدون عوارض جانبی قابل ذکر انجام شد، اگرچه متأسفانه گزارش حاضر شامل پیگیری طولانی مدت نبود. از نظر اخلاقی، این گزارش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد تصویب شد. رضایت نامه آگاهانه امضاء شده برای این منظور به دست آمد و نویسندگان به بیمار توضیح دادند که چه مواد قابل شناسایی بالقوه از طریق اینترنت و همچنین به صورت چاپی پس از انتشار در دسترس خواهد بود.

نتیجه گیری

شاخ فرعی رحم در زنان سنین باروری می تواند منجر به درد مزمن و مبهم لگنی و دیسپارونی شود که ممکن

است در سونوگرافی با میوم رحمی، حاملگی اکتوپیک در لوله، یا سایر توده های آدنکسال اشتباه شود. درمان آن برداشتن شاخ فرعی رحم و لوله همان سمت است که باعث بهبود چشمگیر درد شکم و لگن و دیسپارونی می شود. در بیماران مراجعه کننده با درد و سایر تظاهرات توده لگنی، باید ناهنجاری های مولرین و بررسی های تشخیصی مربوط به آن مدنظر قرار گیرد.

تضاد منافع

نویسندگان تعارض منافی در این گزارش موردی ندارند.

منابع

1. Mousavi Vahed SH, Dehghani M, Pourhoseini SA, Ebrahimi R. Report of a case of ectopic pregnancy in non-communicating rudimentary horn of unicornuate uterus. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2020; 23(1):97-100.
2. Ludwin A, Martins WP, Natri CO, Ludwin I, Coelho Neto MA, Leitao VM, et al. Congenital Uterine Malformation by Experts (CUME): better criteria for distinguishing between normal/arcuate and septate uterus?. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 2018; 51(1):101-9.
3. Chan YY, Jayaprakasan K, Zamora J, Thornton JG, Raine-Fenning N, Coomarasamy A. The prevalence of congenital uterine anomalies in unselected and high-risk populations: a systematic review. *Human reproduction update* 2011; 17(6):761-71.
4. Sanchez-Ferrer ML, Prieto-Sanchez MT, Del Campo FS. Variations in clinical presentation of unicornuate uterus with non-communicating rudimentary horn (class IIB of the American Fertility Society classification). *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* 2018; 57(1):110-4.
5. Daskalakis G, Pilalis A, Lykeridou K, Antsaklis A. Rupture of noncommunicating rudimentary uterine horn pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* 2002; 100(5):1108-10.
6. Goel P, Aggarwal A, Devi K, Takkar N, Saha PK, Huria A. Unicornuate uterus with non-communicating rudimentary horn different clinical presentations. *Journal of Obstetrics and Gynecology of India* 2005; 55(2):155-8.
7. Jayasinghe Y, Rane A, Stalewski H, Grover S. The presentation and early diagnosis of the rudimentary uterine horn. *Obstetrics & Gynecology* 2005; 105(6):1456-67.
8. Kuşcu NK, Laçın S, Kartal Ö, Koyuncu F. Rupture of rudimentary horn pregnancy at the 15th week of gestation: a case report. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2002; 102(2):209-10.
9. Bodur S, Fidan U, Kinci MF, Karasahin KE. Unicornuate uterus with a rudimentary horn diagnosed at scheduled third Cesarean Section. *Pakistan journal of medical sciences* 2017; 33(3):779.
10. Arab M, Mehdighalb S, Khosravi D. Functional rudimentary horn as a rare cause of pelvic pain: a case report. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2014; 16(11).
11. Atmaca R, Germen AT, Burak F, Kafkasli A. Acute abdomen in a case with noncommunicating rudimentary horn and unicornuate uterus. *JSLs: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons* 2005; 9(2):235.
12. Kathalia S. Rudimentary horn—different clinical presentations. *Obstet Gynecol Int J* 2018; 9(6):440-2.
13. Behrens M, Licata M, Lee JY. The infected hematometra in a rudimentary noncommunicating horn misdiagnosed as pelvic mass: a case report. *International journal of surgery case reports* 2020; 68:4-7.
14. Ghi T, Casadio P, Kuleva M, Perrone AM, Savelli L, Giunchi S, et al. Accuracy of three-dimensional ultrasound in diagnosis and classification of congenital uterine anomalies. *Fertility and Sterility* 2009; 92(2):808-13.
15. Medeiros LR, Rosa DD, Silva FR, Silva BR, Rosa MI. Laparoscopic approach of a unicornuate uterus with noncommunicating rudimentary horns. *International Scholarly Research Notices* 2011; 2011.