

هماتومترا و اندومتريوما در همراهی با آژنزی سرویکس و رحم تک شاخ

نسیم یوسفی قندعلی^{۱*}، زینب زمان پور^۲

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۲. استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۸/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۰۶

خلاصه

مقدمه: ناهنجاری‌های رحم به دلیل اختلال در شکل‌گیری، تکامل یا نقص در اتصال جوانه مولرین در دوره جنینی ایجاد می‌شوند. در این مطالعه یک مورد رحم تک‌شاخ همراه با آژنزی سرویکس معرفی می‌شود.

معرفی بیمار: بیمار یک دختر نوجوان ۱۴ ساله بود. علائم بیمار شامل: کم‌درد، درد ران چپ، تهوع و استفراغ و لرز بود که از ۶ ماه قبل شروع شده بود (از درد شکم شاکی نبود). سونوگرافی انجام شد و ضایعه کیستیک به ابعاد ۱۳۲×۵۶ میلی‌متر با جدار ضخیم حاوی اکوی داخلی و بعضاً سپتا در لگن متمایل به چپ مشاهده شد که مطرح کننده رحم با شاخ فرعی سمت چپ به همراه هماتومترا (ثانویه به آژنزی سرویکال) بود. ضایعه کیستیک توبولار و پُریپیچ به اندازه ۶۹×۳۲ میلی‌متر حاوی اکوی داخلی در ربع تحتانی چپ مطرح کننده هیدروسالپینکس مشاهده شد، بافت تخمدان چپ مشاهده نشد. بکارت چک شد و بدون سوراخ بود. به دلیل آژنزی سرویکس و واژن کور و هیدروسالپینکس، عمل هیستروکتومی و سالپژکتومی سمت چپ انجام شد. جواب پاتولوژی آژنزی سرویکال و رحم تک‌شاخ حاوی هماتومترا و هماتوسالپینکس در لوله فالوپ سمت چپ و کیست اندومتريوما را نشان داد.

نتیجه‌گیری: در بیماران نوجوانی که با آمنوره اولیه و درد کمر یا شکم مراجعه می‌کنند، حتماً به مشکلات ژنیکولوژی شک شود.

کلمات کلیدی: آژنزی سرویکس، آژنزی مولرین، بکارت بدون سوراخ، رحم تک‌شاخ، طحال سرگردان

* نویسنده مسئول مکاتبات: نسیم یوسفی قندعلی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران. تلفن: ۰۶۱-۳۳۷۳۸۵۳۸
پست الکترونیک: nsm.yoosefi@gmail.com

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 (۱).

در ناهنجاری‌های انسدادی سیستم ژنیتال مانند هایمن (بکارت) سوراخ نشده، سیتوم واژن، آژنزی سرویکس و حفره رحمی غیرمرتبط دارای بافت آندومتر عملکردی (شاخ فرعی غیرمرتبط با آندومتر فعال)، خون قاعدگی از طرق لوله‌های رحمی وارد لگن می‌شود و زمینه را برای بروز اندومتریوز فراهم می‌کند. تکامل غیرطبیعی مجاری مولرین یا جذب ناکامل سیتوم رحم، باعث اختلال در سیستم تناسلی زن می‌شود. یکی از نادرترین این اختلالات، رحم تک‌شاخ همراه با شاخ فرعی است. شیوع ناهنجاری‌های مادرزادی رحم در جمعیت زنان بارور، در حدود یک در ۲۰۰ یا یک در ۶۰۰ است، در حالی که میزان شیوع شاخ فرعی یک در ۱۰۰ هزار می‌باشد. از عوارض ژنیکولوژیک آن می‌توان به اندومتریوز، ناباروری اولیه و هماتومترا اشاره کرد. در رحم‌های تک‌شاخ با شاخ فرعی بدون ارتباط و دارای آندومتر فعال، ابتدا هماتومترا در همان شاخ ایجاد شده و سپس هماتوسالپنکس در لوله همان طرف ایجاد می‌شود و در مرحله بعدی به دلیل ورود خون به داخل لگن، اندومتریوز با شدت بیشتر در همان سمت به وجود می‌آید (۲).

آژنزی سرویکس (دهانه رحم) به ندرت با وجود واژن و رحم عملکردی همراه است و اگر همراه با رحم عملکردی باشد، هماتومترا رخ خواهد داد. تخمین زده می‌شود که تنها ۰.۴/۸٪ از زنان مبتلا به آژنزی سرویکس (دهانه رحم) دارای رحم کارآمد هستند. این موارد با آمنوره اولیه، خصوصیات جنسی توسعه یافته و دردهای دوره‌ای شکم تظاهر می‌کنند (۳، ۴). هدف اصلی درمان، تسکین علائم، رسیدن به قاعدگی منظم و بازایی باروری است. چندین روش جراحی ترمیمی برای ایجاد یک کانال رحم

واژینال اپی‌تلیالیزه شده انجام گرفته است. برای جلوگیری از بسته شدن سرویکس ایجاد شده توسط جراحی، توصیه می‌شود که استنت کاتتر رحم واژینال به مدت ۵-۳ هفته باقی بماند (۵). درمان دوره‌ای پروژسترون با استروژن مانند قرص‌های ضدبارداری ترکیبی که بعد از عمل به مدت ۳-۲ ماه داده می‌شود، باعث افزایش اپی‌تلیال شدن سرویکس می‌شود. با این حال، اغلب به دلیل تنگی مجدد کانال تشکیل شده، جراحی مجدد ضروری است و در بسیاری از موارد نمی‌توان از هیستروکتومی اجتناب کرد (۵-۳). در این مطالعه یک مورد رحم تک‌شاخ همراه با آژنزی سرویکس معرفی می‌شود.

معرفی بیمار

بیمار دختر نوجوان ۱۴ ساله‌ای بود که با علائم کمردرد و درد ران چپ و تهوع و استفراغ و لرز که از ۶ ماه قبل شروع شده بود، به درمانگاه زنان بیمارستان امام خمینی اهواز مراجعه نمود. در بررسی سوابق جراحی‌های قبلی بیمار، عمل جراحی مقعد بدون سوراخ در نوزادی و عمل جراحی کاشت حلزون گوش به علت ناشنایی حسی - عصبی در سن ۴ سالگی وجود داشت. در بررسی سوابق بیماری، ۶ ماه قبل، چندین نوبت مراجعه به پزشک عمومی به علت کمردرد و درد ران چپ و تهوع و استفراغ و لرز وجود داشت که بررسی آزمایشگاهی CBC و تب مالت صورت گرفته بود که مشکلی گزارش نشده بود. سپس به منظور بهبود درد، مسکن‌های متعدد تجویز شده بود که مؤثر نبوده است. به دلیل ادامه درد کمر و پا به متخصص ارتوپدی ارجاع داده شده بود که جلسات فیزیوتراپی درخواست شده بود. تعداد ۱۰ جلسه فیزیوتراپی در مدت ۱۰ روز انجام شده بود و علائم بیمار بعد از ۱۴ روز برطرف شده بود. مجدداً ۴ ماه بعد از بهبودی، بیمار به علائم درد پای چپ، درد کمر با احساس فشار به کمر، تهوع - استفراغ و بی‌اشتهایی مبتلا شده که سبب مراجعه مجدد به پزشک عمومی شده بود. در طی این مراجعات، آزمایشات CBC، BUN، Cr، آنزیم‌های کبدی و فاکتور روماتوئید برای بیمار انجام شد که نتایج نرمال بود و برای بیمار سرم، داروهای ضدتهوع،

سالمپنژکتومی و اوفورکتومی سمت چپ انجام شد. تخمدان سمت راست حفظ شد. برای بیمار بررسی دستگاه ادراری با پیلوگرافی داخل وریدی (IVP)^۴ انجام شد که نرمال بود. جواب پاتولوژی آژنزی سرویکال و رحم تک شاخ حاوی هماتومترا و هماتوسالپنکس در لوله فالوپ سمت چپ و کیست آندومتريوما را نشان داد؛ همچنین آندومتر در فاز میانی ترشعی بود و در میومتر، تغییرات میکروسکوپی قابل توجه مشاهده نشد. علائم بیمار پس از عمل جراحی بهبود یافت. گزارش فوق پس از اخذ رضایت آگاهانه از مادر بیمار، تهیه شد.

بحث

دستگاه تناسلی - ادراری در هفته‌های ۱۲-۴ جنینی شروع به تکامل می‌کند که ناهنجاری‌های آن در ۴/۵٪ زنان مشاهده می‌شود (۶).

پرده بکارت محل اتصال سینوس ادراری و بخش سینواژینال است. در مراحل جنینی، پرده بکارت سوراخ می‌شود تا ارتباط بین گردن رحم و کانال واژن برقرار شود. در صورت بروز ناهنجاری در این مرحله، افراد با پرده بکارت بدون سوراخ متولد می‌شوند. پرده بکارت بدون سوراخ یک بیماری نادر است و تخمین زده می‌شود که میزان بروز آن در حدود ۰/۱-۰/۰۵٪ باشد. پرده بکارت بدون سوراخ ممکن است با دیگر ناهنجاری‌ها همراه باشد. برخی گزارش‌ها حاکی از آن است که پرده بکارت بدون سوراخ عموماً با ناهنجاری‌های مولرین ارتباطی ندارد که در این بیمار با ناهنجاری مولرین در ارتباط بود. موارد نادری از بروز خانوادگی و به صورت ارثی، وجود داشته است. تصور می‌شود بیشتر موارد به صورت پراکنده اتفاق می‌افتند و هیچ جهش ژنتیکی کشف نشده است (۷). بیشترین ناهنجاری همراه با ناهنجاری‌های ادارای - تناسلی، مقعد بدون سوراخ می‌باشد (۸). در بیمار فوق نیز سابقه عمل جراحی به دلیل مقعد بدون سوراخ باید شک پزشک به ناهنجاری‌های ادارای - تناسلی را برمی‌انگیزد. همچنین توجه به حالت سیکلیک دردها که در شرح حال دقیق از

مکمل و مسکن تجویز شد. به دلیل تداوم علائم و عدم بهبودی، بیمار به پزشک داخلی مراجعه کرد که پزشک داخلی مجدداً آزمایشات جهت بررسی تب مالت را درخواست کردند. همچنین به دلیل اصرار مادر مبنی بر انجام سونوگرافی، پزشک درخواست سونوگرافی نیز نمود. آزمایشات نرمال بود و جواب سونوگرافی بدین شرح بود: طحال به اندازه ۸۵ میلی‌متر پایین‌تر از محل نرمال در حفره شکم مشاهده شد که مطرح کننده طحال سرگردان^۱ می‌باشد. ضایعه کیستیک به ابعاد ۱۳۲×۵۶ میلی‌متر با جدار ضخیم (۵-۳ میلی‌متر) حاوی اکوی داخلی و بعضاً سپتا در لگن متمایل به چپ مشاهده شد که مطرح کننده رحم با شاخ فرعی سمت چپ به همراه هماتومترا (ثانویه به آترزی سرویکال) می‌باشد. ضایعه کیستیک توبولار و پُریپیچ^۲ به اندازه ۶۹×۳۲ میلی‌متر حاوی اکوی داخلی در ربع تحتانی چپ^۳ مطرح کننده هیدروسالپنکس مشاهده شد. تخمدان راست با نمای نرمال، فاقد ضایعه پاتولوژیک سالیبد و سیستیک مشاهده شد. در حد دقت سونوگرافی، بافت تخمدان چپ مشاهده نشد. مایع آزاد در فضای شکم و لگن مشاهده نشد.

بعد از رؤیت جواب سونوگرافی توسط پزشک متخصص زنان، بیمار جهت انجام سی‌تی‌اسکن با ماده حاجب ارجاع شد که جواب بدین شرح بود: رحم تک‌شاخ می‌باشد. یک شاخ فرعی بزرگ در سمت چپ حاوی مایع و میومتر نسبتاً نازک مطرح کننده هماتومترا می‌باشد. آژنزی سرویکس مشاهده شد. لوله فالوپ سمت چپ مطرح کننده هیدروسالپنکس می‌باشد. آسیت مشاهده نشد.

در نهایت بیمار از طرف پزشک زنان شهرستان به درمانگاه زنان بیمارستان امام خمینی اهواز ارجاع شد. در ابتدا شرح حال از بیمار اخذ و سپس معاینه فیزیکی دستگاه تناسلی توسط پزشک زنان انجام شد. در بررسی انجام شده، هایمن (بکارت) چک شد که بدون سوراخ و واژن دارای انتهای کور بود. بیمار به دلیل آژنزی سرویکس و واژن کور و هیدروسالپنکس جهت انجام هیستروکتومی بستری شد. عمل هیستروکتومی و

¹ Wanderling Spleen

² Tortuous

³ Left Lower Quadrant

⁴ Intravenouspyelography



بیمار مشخص می‌شد، اهمیت گرفتن شرح حال جامع از بیمار را نشان می‌دهد.

رحم تک‌شاخ در ۰/۴٪ زنان سنین باروری مشاهده می‌شود و در ۴۰٪ موارد با اندومتریوز در ارتباط است. این اختلالات در زمان منارک (شروع قاعدگی) یا در سال‌های بعدی زندگی بروز می‌کنند و علائمی چون دیسمنوره و درد مزمن لگنی را ایجاد می‌کنند. MRI با حساسیت و ویژگی بالایی می‌تواند ناهنجاری‌های آناتومیک رحمی را تشخیص دهد (۲). در بیمار معرفی شده به دلیل عمل کاشت حلزون، MRI انجام نشد و سی‌تی‌اسکن درخواست شد. در بیمارانی که آندومتر عملکردی دارند، هماتومترای ناشی از برگشت قاعدگی، مطرح‌کننده تئوری سامپون در ایجاد اندومتریوز است (۹) که این امر در این مورد صادق بود.

اندومتریومای تخمدان، یک فنوتیپ بالینی است که ۴۴-۱۷٪ از زنان مبتلا به اندومتریوز را تحت تأثیر قرار می‌دهد. درمان در مراحل اولیه اندومتریوما آسیب کمتری به تخمدان با یک روش جراحی کمتر تهاجمی وارد می‌کند که خطر نارسایی زودرس تخمدانی را کاهش می‌دهد. اندومتریوز طولانی‌مدت تخمدان منجر به التهاب مداوم و در نتیجه فیروز قشر تخمدان و از بین رفتن فولیکول‌ها و متاپلازی سلول‌های ماهیچه صاف می‌شود (۱۰) که در بیمار معرفی شده تشخیص زودتر باعث حفظ تخمدان چپ می‌شد. درمان زنان با آترزی مادرزادی گردن رحم بحث‌برانگیز است. ایجاد واژن یا دهانه رحم جدید نیاز به اعمال جراحی پیچیده‌تری دارد که همراه با عوارض بالا و موفقیت‌های محدودی همراه است و بسیاری از این بیماران در نهایت نیاز به هیستروکتومی دارند (۱۱). از آنجایی که برای انجام روش‌های پیچیده درمانی، به سطح بالایی از تخصص جراحی نیاز است، بسیاری از جراحان هیستروکتومی را ترجیح می‌دهند (۱۲). همچنین ناهنجاری‌های مجاری مولرین باید از جمله موارد تشخیصی افتراقی کم‌درد (احساس فشار به کمر) همراه با تهوع و استفراغ باشند که به مسکن‌ها و داروهای ضدتهوع پاسخ ضعیفی می‌دهند. در این مورد هیستروکتومی با برداشتن لوله فالوپ باعث رفع علائم بیمار شد.

طحال سرگردان، یک اختلال نادر می‌باشد که در آن طحال به دلیل فقدان اتصالات صفاقی در محل طبیعی خود یعنی ربع فوقانی چپ شکم قرار نگرفته و در قسمت‌های تحتانی شکم یا ناحیه لگنی یافت می‌شود. یک پایه عروقی بلند تنها اتصال طحال سرگردان می‌باشد. این اختلال معمولاً در سنین ۲۰-۴۰ سالگی یافت می‌شود و ۷۰-۸۰٪ موارد ابتلاء را زنان تشکیل می‌دهند. در فرم مادرزادی یک نقص در رشد مزوگاستریم خلفی که لرساک را می‌سازد، وجود دارد و تماس مزوی خلفی به پریتون خلفی و دیافراگم ناقص است و لیگامن‌های نگهدارنده طحال تشکیل نشده‌اند و یا فقط قسمتی از آنها تشکیل شده است.

این اختلال می‌تواند بدون علامت مانده یا منجر به یک اختلال مزمن شکمی شود که ناشی از پیچ‌خوردگی‌های متناوب و خودبه‌خود برطرف‌شونده است و یا اینکه یک شکم حاد جراحی ایجاد نماید. همچنین طحال سرگردان می‌تواند به دلیل مکان نامناسب آن دچار تروماهای غیرمتعارف شود. پیچ‌خوردگی پایه عروقی می‌تواند با انسداد و اختلال بازگشت وریدی منجر به احتقان، استاز و عوارض نظیر گانگرن طحال، آبسه و یا خونریزی شود (۱۳).

به دلیل یافتن طحال سرگردان در سونوگرافی بیمار، باید آموزش‌های لازم به فرد و خانواده در مورد علائم پیچ‌خوردگی طحال مانند تهوع و استفراغ و درد حاد شکمی داده شود که در صورت بروز علائم بیمار برای جلوگیری از عوارض خطرناک آن به سرعت به بیمارستان مراجعه کند.

نتیجه‌گیری

به پزشکان عمومی، داخلی و ارتوپدی توصیه می‌شود در مورد بیماران نوجوان با آمنوره اولیه که با درد کمر یا شکم مراجعه می‌کنند، حتماً مشکلات ژنیکولوژی مدنظر قرار گیرند. در صورت آمنوره اولیه و دردهای سیکلیک، کم‌درد شدید، تهوع و استفراغ حتی در غیاب درد شکم باید به مسائل ژنیکولوژی شک شود تا با تشخیص سریع‌تر از عوارض شدیدتر جلوگیری شود.

1. Pourhoseini SA, Seddighian SH, Khosravi M. Unicornuate uterus with a rudimentary horn, a differential diagnosis of adnexal mass and fibroma: case report. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2021; 24(10):90-4.
2. Hafizi L, Afiat M, Moatamedi E. Mullerian Agenesis: Combined endometrioma and uterus rudimentary hornâ s hematometra, a Case Report. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017; 19(39):63-7.
3. Shah TN, Venkatesh S, Saxena RK, Pawar S. Uterovaginal anastomosis for complete cervical agenesis and partial vaginal agenesis: a case report. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2014; 174:154-5.
4. Sultana R, Haque N, Begum F. Effective uterovaginal anastomosis done in cervical agenesis with menouria. *Bangladesh Medical Journal Khulna* 2013; 46(1-2):28-30.
5. Helmy YA. Cervical agenesis with a functioning uterus: Successful surgical treatment by Foley's catheter stent: A case report. *Middle East Fertility Society Journal* 2017; 22(1):67-9.
6. Ambusaidi Q, Jha C. Pregnancy in the rudimentary uterine horn case report of an unusual presentation. *Sultan Qaboos University Medical Journal* 2014; 22(1063):1-0.
7. Lee KH, Hong JS, Jung HJ, Jeong HK, Moon SJ, Park WH, et al. Imperforate hymen: a comprehensive systematic review. *Journal of clinical medicine* 2019; 8(1):56.
8. Cho S, Moore SP, Fangman T. One hundred three consecutive patients with anorectal malformations and their associated anomalies. *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 2001; 155(5):587-91.
9. Kawano Y, Hirakawa T, Nishida M, Yuge A, Yano M, Nasu K, et al. Functioning endometrium and endometrioma in a patient with mayer-rokitanski-kuster-hauser syndrome. *Japanese Clinical Medicine* 2014; 5:JCM-S12611.
10. Gałczyński K, Józwik M, Lewkowicz D, Semczuk-Sikora A, Semczuk A. Ovarian endometrioma—a possible finding in adolescent girls and young women: a mini-review. *Journal of ovarian research* 2019; 12(1):1-8.
11. Gasim T, Al Jama FE. Massive Hematometra due to congenital Cervicovaginal agenesis in an adolescent girl treated by hysterectomy: a case report. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology* 2013; 2013.
12. Xie Z, Zhang X, Liu J, Zhang N, Xiao H, Liu Y, et al. Clinical characteristics of congenital cervical atresia based on anatomy and ultrasound: a retrospective study of 32 cases. *European Journal of Medical Research* 2014; 19(1):1-7.
13. Hemmati HR. Acute torsion of wandering spleen: report of one case. *Koomesh* 2009; 11(1):71-4.