

گزارش موردی از رحم دی دلفیس با انسداد طرف راست سرویکس به دلیل وجود سپتوم عرضی واژن

دکتر فیروزه احمدی^{۱*}، فتانه پهلوان^۲

۱. دانشیار گروه رادیولوژی و سونوگرافی، پژوهشگاه رویان، پژوهشکده زیست‌شناسی و علوم پزشکی تولید مثل جهاد دانشگاهی، مرکز تحقیقات پزشکی تولید مثل، گروه تصویربرداری تولید مثل، تهران، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامائی، پژوهشگاه رویان، پژوهشکده زیست‌شناسی و علوم پزشکی تولید مثل جهاد دانشگاهی، مرکز تحقیقات پزشکی تولید مثل، گروه تصویربرداری تولید مثل، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۳/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۰۵

خلاصه

مقدمه: رحم دی دلفیس در ۰/۵-۰/۱٪ جمعیت زنان در سنین باروری مشاهده می‌شود. تصویربرداری، نقش مهمی در تشخیص این ناهنجاری دارد. مطالعه حاضر با هدف ارائه مراحل تشخیص یک مورد نادر رحم دی دلفیس با انسداد یک طرفه سرویکس به دلیل وجود سپتوم عرضی واژینال انجام شد.

معرفی بیمار: خانمی ۲۵ ساله با شکایت از نازایی، سابقه قاعدگی نامنظم، دیسمنوره، خونریزی طول کشیده و لکه‌بینی در واحد درمان ناباروری پژوهشگاه رویان پذیرش گردید. در معاینه واژینال یک توده به اندازه حدوداً ۳ سانتی‌متر در قسمت راست واژن محسوس بود. در سونوگرافی دو بُعدی و سه بُعدی انجام شده، رحم به صورت دوگانه همراه با یک توده هایپواکو با قطر ۴۳ میلی‌متری در قسمت راست و پایین رحم رؤیت شد. در هیستروسالپینگوگرافی انجام شده، رحم با نمای تک‌شاخ رؤیت گردید. با توجه به این یافته و نمای رؤیت شده در سونوگرافی، تشخیص رحم دی دلفیس و انسداد سرویکس طرف راست گذاشته شد. MRI نیز این یافته‌ها را تأیید کرد. توسط عمل جراحی استراسمن، ارتباط بین دو حفره رحم برقرار گردید، اما علائم بیمار از بین نرفت و در سونوگرافی همچنان کیست حاوی ترشحات و لخته خون مشاهده شد. با توجه به باقی ماندن هماتوکولپوس، سپتوم واژن جراحی شد و انسداد این ناحیه رفع شد و تمام علائم بالینی بیمار برطرف گردید.

نتیجه‌گیری: سونوگرافی دو بُعدی و سه بُعدی، هیستروسالپینگوگرافی و MRI نقش مهمی در تشخیص ناهنجاری‌های رحمی از جمله رحم‌های دی دلفیس دارند.

کلمات کلیدی: تصویربرداری با رزونانس مغناطیسی، رحم دی دلفیس، سونوگرافی دو بُعدی، سه بُعدی، هیستروسالپینگوگرافی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر فیروزه احمدی؛ مرکز تحقیقات پزشکی تولید مثل، گروه تصویربرداری تولید مثل، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۲۳۵۶۲۲۵۴
پست الکترونیک: dr.ahmadi1390@gmail.com

مقدمه

ناهنجاری مجرای مولرین (MDAs) در اثر روند غیرطبیعی تکامل مجرای مولرین در هفته ۲۲-۶ جنینی ایجاد می‌شود و شیوع ۵-۵٪ دارد (۱، ۲).

رحم دی‌دلفیس ۸۳٪ از کل MDA را تشکیل می‌دهد. دی‌دلفیس یک واژه آلمانی است. دی به معنای دو و دلفیس به معنای رحم می‌باشد. این نوع ناهنجاری در اثر انحراف رشد طبیعی مجرای مولرین، فیوز شدن ناقص آنها و یا نقص در بازجذب سپتوم میانی مجرا ایجاد می‌شود و گاهی همراه با آژنزی یک طرفه کلیه می‌باشد (۳).

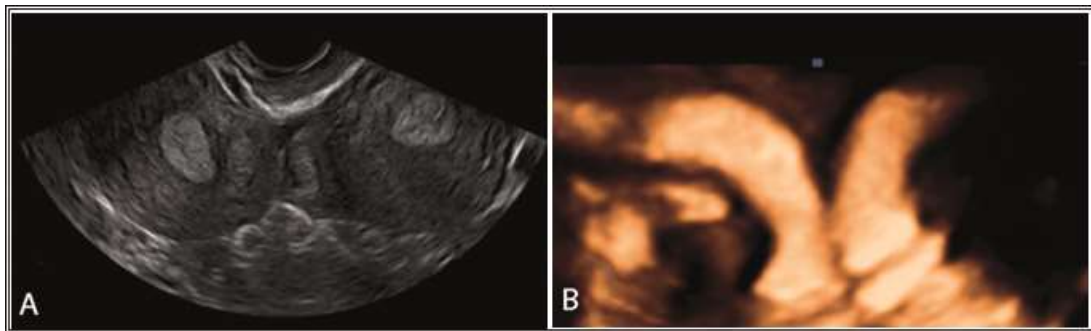
رحم دی‌دلفیس در ۵-۱۱٪ جمعیت زنان در سنین باروری مشاهده می‌شود و شانس باروری را تا ۲۰-۳۰٪ تا زمان زایمان جنین کاهش می‌دهد (۴). اکثر موارد بدون علائم هستند، ولی گاهی دیسپارونیا، دیسمنوره، نئوپلاسم‌های ژنیال، هماتوکولپوس، هماتومتروکولپوس و سقط نیز مشاهده می‌شود (۱).

تصویبررداری، نقش مهمی در تشخیص این ناهنجاری ایفا می‌کند. اولین گام تشخیصی، سونوگرافی می‌باشد. اگر سونوگرافی دو‌بعدی نتواند نوع ناهنجاری را مشخص کند، روش‌های دیگر باید مدنظر قرار گیرد. به‌وسیله

سونوگرافی سه‌بعدی، هیستروسونوگرافی، هیستروسالپینگوگرافی، MRI، هیستروسکوپی، لاپاراسکوپی و لاپاراتومی به‌خوبی می‌توان ناهنجاری‌های آناتومیکی رحم را تشخیص داد (۳). مطالعه حاضر با هدف ارائه مراحل تشخیص یک مورد نادر رحم دی‌دلفیس با انسداد یک‌طرفه سرویکس به‌دلیل وجود سپتوم عرضی واژینال انجام شد.

معرفی بیمار

خانم ۲۵ ساله با شکایت از نازایی در واحد درمان ناباروری پژوهشگاه رویان پذیرش گردید. او سابقه قاعدگی نامنظم، دیسمنوره، خونریزی طول کشیده و لکه‌بینی را ذکر می‌کرد. در معاینه واژینال یک توده حدوداً ۳ سانتی‌متری در قسمت راست واژن محسوس بود. در بررسی سونوگرافیک دو‌بعدی و سه‌بعدی انجام شده توسط دستگاه سونوگرافی مدیسون سامسونگ A30، رحم به‌صورت دوگانه رؤیت شد (شکل 1-A، 1-B). یک توده هایپو اکو با قطر ۴۳ میلی‌متری در قسمت راست و پایین رحم مشهود بود. تخمدان‌ها نرمال بودند (شکل 4-A).



شکل 1-A-1- نمای سونوگرافیک دو‌بعدی از رحم دی‌دلفیس. شکل 1-B-1: نمای سونوگرافیک سه‌بعدی از رحم دی‌دلفیس در مقطع کروئال

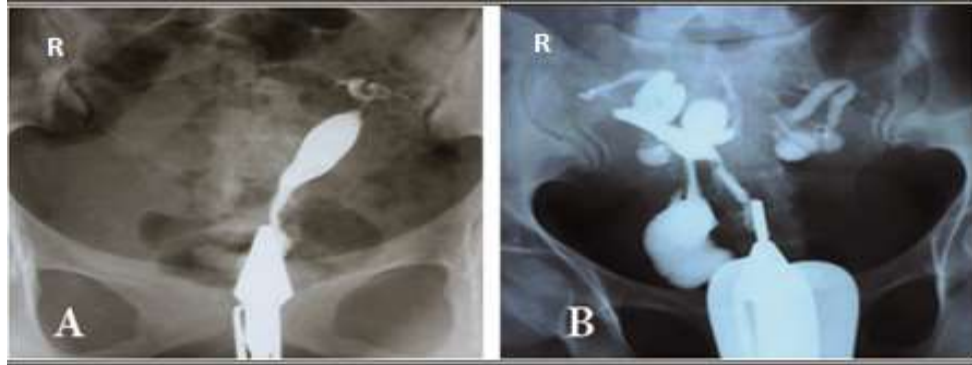
برقرار گردید و HSG مجدد برای بیمار درخواست شد (شکل 2B). با وجود عمل جراحی، علائم بیمار از بین نرفت و در سونوگرافی یک کیست حاوی (ترشحات و لخته خون) به ابعاد تقریبی ۳۰*۳۶ میلی‌متری در طرف راست مشاهده شد. به نظر می‌رسد اتصال در حفره رحم به‌تنهایی نتوانسته بود علائم را برطرف کند. با توجه به باقی ماندن هماتوکولپوس، سپتوم واژن

در مرحله بعد هیستروسالپینگوگرافی (HSG)^۱ انجام شد. رحم نمای تک‌شاخ را نشان می‌داد (شکل 2A). با توجه به این یافته در HSG و نمای رؤیت شده در سونوگرافی، تشخیص رحم دی‌دلفیس و انسداد سرویکس طرف راست گذاشته شد. MRI انجام شد که این یافته‌ها را تأیید کرد. پس از این بررسی‌ها، ارتباط بین دو حفره رحم توسط عمل جراحی استراسمن

¹ Hysterosalpingography

فرم رضایت آگاهانه جهت استفاده از اطلاعات بیمار جهت گزارش مورد از بیمار گرفته شد و اطلاعات بیمار محرمانه باقی ماند.

جراحی و انسداد این ناحیه رفع شد و تمام علائم بالینی بیمار برطرف گردید.

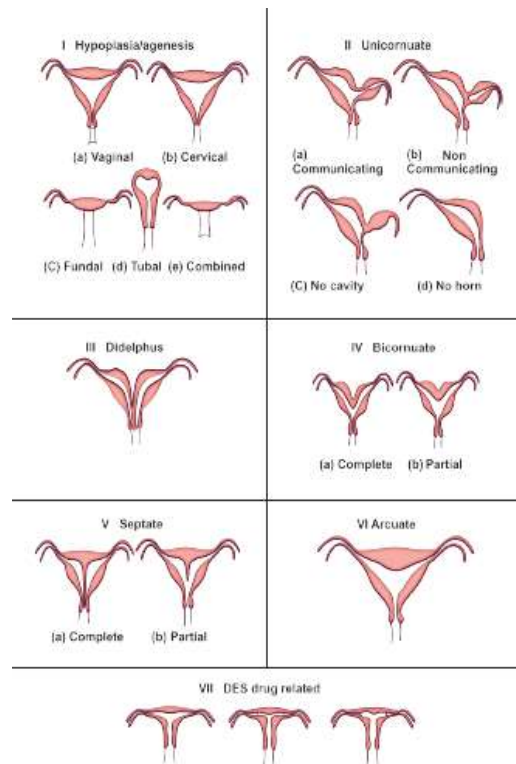


شکل 2-A- کلیشه HSG از رحم دی دلفیس قبل از عمل جراحی که به دلیل تزریق از سمت چپ رحم به صورت تک شاخ گزارش شده است. شکل 2-B- کلیشه HSG از رحم دی دلفیس بعد از عمل جراحی که بین دو کاویته رحم ارتباط ایجاد شده و هماتوکولپوس سمت راست همراه با هیدروسالپینکس مشهود است

نمی شود، سونوگرافی سه بُعدی با تهیه نمای کروئال می تواند دسته بندی مورفولوژیکی بهتری ارائه دهد. دسته بندی اصلی برای ناهنجاری های رحم توسط انجمن بارداری آمریکا (ASRM)¹ در سال ۱۹۸۸ ارائه شده است (۵، ۶) (شکل ۳).

بحث

ناهنجاری های مادرزادی رحم منجر به عوارض متعددی در طول حیات فرد می شوند، لذا تشخیص زود هنگام ضروری است. در بررسی این بیماری ها، سونوگرافی اولین قدم تشخیصی می باشد. با توجه به اینکه زیرگروه MDAs توسط سونوگرافی دو بُعدی دقیقاً مشخص



شکل ۳- دسته بندی انجمن بارداری آمریکا برای ناهنجاری های رحم

¹ American system of reproductive medicine

سپتوم واژینال وجود دارد (۷). گاهی همراه این ناهنجاری، آژنزی یک طرفه کلیه رخ می‌دهد. اگر سپتوم واژینال به صورت عرضی ناکامل باشد، ممکن است انسداد یک طرفه واژن و سرویکس ایجاد شود (۳). تصویر شماره 4-B طرح شماتیک از عارضه را نشان می‌دهد.

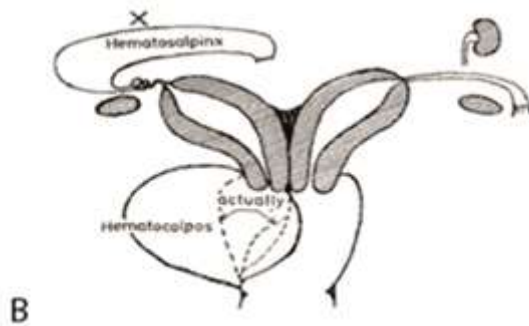


شکل 4A- نمای سونوگرافیک هماتوکولپوس همراه با رحم دی دلفیس

شکل 4B- نمای شماتیک از هماتوکولپوس همراه با رحم دی دلفیس

گروه I: آژنزی و هیپوپلازی رحم؛ گروه II: رحم تک شاخ؛ گروه III: رحم دی دلفیس؛ گروه IV: رحم دو شاخ؛ گروه V: رحم دیواره دار؛ گروه VI: رحم قوسی؛ گروه VII: رحم T شکل.

در رحم دی دلفیس که دسته سوم ASRM می‌باشد، دو حفره مجزای رحمی، دو سرویکس و در ۷۵٪ موارد



هماتوکولپوس دارد که سایز آن کوچک تر از هماتوکولپوس می‌باشد (۹).

در مورد گزارش شده در این مقاله، ابتدا توده لگن همراه با رحم دوشاخ در سونوگرافی مشاهده شد و در HSG انجام شده رحم تک شاخ گزارش گردید.

اگرچه HSG در بررسی پاتولوژی‌های رحمی ارزشمند است، نکته قابل توجه در انجام HSG جهت بررسی علل ناباروری، مسائل تکنیکال و تفسیر نتایج می‌باشد. اختلال در پر شدن رحم و لوله‌ها، اشکال در قرار گرفتن کانول در محل مناسب سرویکس و عدم تحمل مواد حاجب توسط بیمار، تشخیص مسائل پاتولوژیک را مشکل می‌سازد (۱۰)، لذا سونوگرافی سه بُعدی و MRI انجام گردید و رحم دی دلفیس همراه با هماتوکولپوس ثانویه به انسداد یک طرفه سرویکس به دلیل سپتوم عرضی واژن را مشخص کرد. جهت درمان بیمار در ابتدا ارتباط بین دو کاویته رحم ایجاد شد، ولی به دلیل عدم بهبود علائم و باقی ماندن هماتوکولپوس، سپتوم واژن جراحی و انسداد این ناحیه رفع شد و تمام علائم بالینی بیمار برطرف گردید (شکل ۵).

در رحم دی دلفیس همراه با سپتوم عرضی ناکامل واژن به دلیل انسداد، هماتوکولپوس رخ می‌دهد. هماتوکولپوس یک طرفه در زنان جوان همراه با درد لگن و نامنظمی قاعدگی می‌باشد. در این بیماران سونوگرافی دو بُعدی و سه بُعدی لگن، هیستروسالپینگوگرافی و MRI کمک کننده می‌باشد. گاهی با ارتباط بین دو حفره رحم از شدت هماتوکولپوس و درد بیماران کاسته می‌شود، ولی برداشتن سپتوم واژینال یا انسداد سرویکس، درمان اصلی بوده و باعث بهبود علائم و بقای باروری می‌گردد (۸).

توجه شود که در سونوگرافی اولیه هماتوکولپوس باید از هایمن بسته یا کیست گارتنر افتراق داد شود. در این حالات ترشحات واژینال و رحمی نمی‌تواند از مجرا خارج شود و هایمن برجسته می‌شود. کیست گارتنر که به صورت مجزا در موازات رحم و یا واژن شکل می‌گیرد، از بقایای مجرای مزونفریک می‌باشد که به صورت نرمال جذب نشده است. این کیست می‌تواند با رحم در ارتباط باشد که هنگام هیستروگرافی حاجب می‌باشد و به صورت ساختارهای لوله‌ای موازی رحم یا واژن نشان داده می‌شود. این کیست نمای سونوگرافیک مشابه



شکل ۵- تصویر سونوگرافی سه‌بعدی از رحم دی‌دلفیس پس از جراحی سپتوم

ضروری می‌باشد. سونوگرافی دو‌بعدی و سه‌بعدی، هیستروسالپینگوگرافی و MRI نقش مهمی در تشخیص ناهنجاری‌های رحمی از جمله رحم‌های دی‌دلفیس ایفا می‌کنند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه پرسنل بخش تصویربرداری پژوهشگاه رویان که ما را در تهیه تصاویر سونوگرافی یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

گزارش این مورد لزوم تشخیص به‌موقع ناهنجاری‌های رحمی و درمان صحیح آن‌را خاطر نشان می‌کند. با توجه به موارد مشابه گزارش شده مراحل تشخیصی شامل معاینه بالینی و شرح حال دقیق، سونوگرافی دو‌بعدی و سه‌بعدی در صورت ابهام تشخیص MRI می‌باشد.

نتیجه‌گیری

ناهنجاری‌های رحمی یکی از علل اختلالات قاعدگی، ناباروری و ایجاد درد لگنی می‌باشد، لذا دقت و تشخیص به‌موقع با روش‌های مناسب تصویربرداری

منابع

1. Rezai S, Bisram P, Lora Alcantara I, Upadhyay R, Lara C, Elmadjian M. Didelphys Uterus: A Case Report and Review of the Literature. Case Rep Obstet Gynecol 2015; 2015:865821.
2. Rezai Sh, Ligorski C, Hughes A, Fuller PN, Henderson CH. Three Cases of Didelphys Uterus, Including Uterus Didelphys with Obstructed Hemivagina and Ipsilateral Renal Agenesis (OHVIRA Syndrome) AKA Herlyn-Werner-Wunderlich Syndrome, with a Systematic. Obstet Gynecol Int J 2017; 7(2):00241.
3. Ahmadi F, Javam M, editors. Diagnosis of Congenital Uterine Malformations by Imaging Techniques. Iranian congress of radiology.
4. Suthar S, Choudhary R, Dadhich S. Rupture uterus in pregnancy with didelphys uterus: a rare case report. Journal of South Asian Federation of Obstetrics and Gynecology 2011; 3(3):149-150.
5. Ludwin A, Ludwin I, Kudla M, Kottner J. Reliability of the European Society of Human Reproduction and Embryology/European Society for Gynaecological Endoscopy and American Society for Reproductive Medicine classification systems for congenital uterine anomalies detected using three-dimensional ultrasonography. Fertil Steril 2015; 104(3):688-97.e8.
6. Berger A, Batzer F, Lev-Toaff A, Berry-Roberts C. Diagnostic imaging modalities for Müllerian anomalies: the case for a new gold standard. J Minim Invasive Gynecol 2014; 21(3):335-45.
7. Grimbizis GF, Camus M, Tarlatzis BC, Bontis JN, Devroey P. Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results. Hum Reprod Update 2001; 7(2):161-74.
8. Rock JA, H W, Jones Jr. The double uterus associated with an obstructed hemivagina and ipsilateral renal agenesis. American journal of obstetrics and gynecology 1980; 138(3):339-342.
9. McCarthy S, Taylor KJ. Sonography of vaginal masses. American Journal of Roentgenology 1983; 140(5):1005-1008.
10. Farokh Tehrani D, Afiyat M, Boloursaz S, Rahmani Sh, Mardani R, Kazemi S, et al. The results of hysterosalpingography in infertile women between 2008 and 2015 in the radiology clinic of Imam Reza Hospital in Mashhad. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2018; 20(10):21-28.