

گزارش یک مورد رحم مضاعف با سرویکس مجزا و واژن مشترک (رحم دی دلفیس)

رامین سلیم نژاد^۱ ID، اصغر رجب زاده^۲ ID*

- ۱- استادیار، گروه علوم تشریحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران
- ۲- استادیار، گروه تکنولوژی پرتوشناسی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران
- ۳- استادیار، گروه علوم تشریحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ایران

یافته / دوره ۲۵ / شماره ۱ / بهار ۱۴۰۲ / مسلسل ۹۵

چکیده

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۲/۱۲ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۳/۰۶

مقدمه: رحم دی دلفیس از جمله موارد نادر ناهنجاری‌های رحمی بوده که عمدتاً تا قبل از اقدام به بارداری و زایمان بدون علامت است. گزارش حاضر به معرفی یک مورد رحم مضاعف با سرویکس مجزا و واژن مشترک (رحم دی دلفیس) پرداخته است. مواد و روش‌ها: بیمار یک خانم ۳۸ ساله بود که توسط متخصص زنان و زایمان به کلینیک رادیولوژی مراجعه نموده بود. بیمار علی‌رغم بارداری؛ دچار سقط‌های مکرر بوده و همچنین سابقه قاعدگی نامنظم و دردناک، خونریزی طول کشیده و لکه‌بینی را گزارش کرده است. در ارزیابی تصاویر رادیولوژی با آزمون هیستروسالپینگوگرافی (HSG) مشخص شد که این بیمار دارای رحم مضاعف با سرویکس مجزا و واژن مشترک (رحم دی دلفیس) است. بحث و نتیجه‌گیری: ناهنجاری کانال مولرین از جمله مهم‌ترین عوامل ناباروری در زنان است که تشخیص دقیق و انتخاب درمان مناسب می‌تواند به حفظ باروری کمک نماید. استفاده از روش‌های تصویربرداری می‌تواند در تشخیص صحیح و درمان مناسب به این افراد کمک کند. واژه‌های کلیدی: رحم دی دلفیس، سرویکس مجزا، واژن مشترک، هیستروسالپینگوگرافی.

*آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشکده پزشکی، گروه علوم تشریح.

پست الکترونیک: Dr.a_rajabzadeh@yahoo.com

مقدمه

تکامل دستگاه تناسلی جنس مونث یک فرایند بسیار پیچیده‌ای است که در آن گنادهای تمایز نیافته به تخمدان تمایز می‌یابند و همچنین مجاری مزونفریک (وولف) و پارامزونفریک (مولرین) تمایز پیدا کرده و رحم، واژن و قسمت تحتانی سیستم ادراری را تشکیل می‌دهند (۱). تمایز غیر طبیعی این ساختارها سبب ایجاد ناهنجاری‌های مادرزادی می‌شود که می‌تواند بر روی دستگاه تولید مثل زنان، دستگاه کلیوی و پسین روده تاثیر بگذارد (۱، ۲).

ناهنجاری‌های مادرزادی رحم نسبتاً شایع بوده (۸/۵-۱/۰ درصد) و اغلب به دلیل اختلال تکامل مجاری مولرین روی می‌دهند. این ناهنجاری‌ها، که معمولاً به عنوان ناهنجاری‌های کانال مولرین شناخته می‌شوند، می‌توانند زندگی طبیعی یک زن مانند باروری را مختل کرده و سبب ایجاد دیسمنوره شدید، هماتومتر، آمیزش و نزدیکی دردناک (Dyspareunia)، سقط‌های خودبخودی، حاملگی اکتوپیک، پرزانتاسیون ناجور و زایمان زودرس گردند (۵-۲). تشخیص به موقع و انتخاب پروتکل درمانی مناسب می‌تواند به حفظ باروری و کاهش خطرات بارداری در این افراد کمک‌کننده باشد. از جمله مهمترین راه‌های تشخیصی آزمون‌های رادیولوژیکی (مانند سونوگرافی، MRI و هیستروسالپینگوگرافی)، هیستروسکوپی و لاپاراسکوپی هستند (۶، ۷).

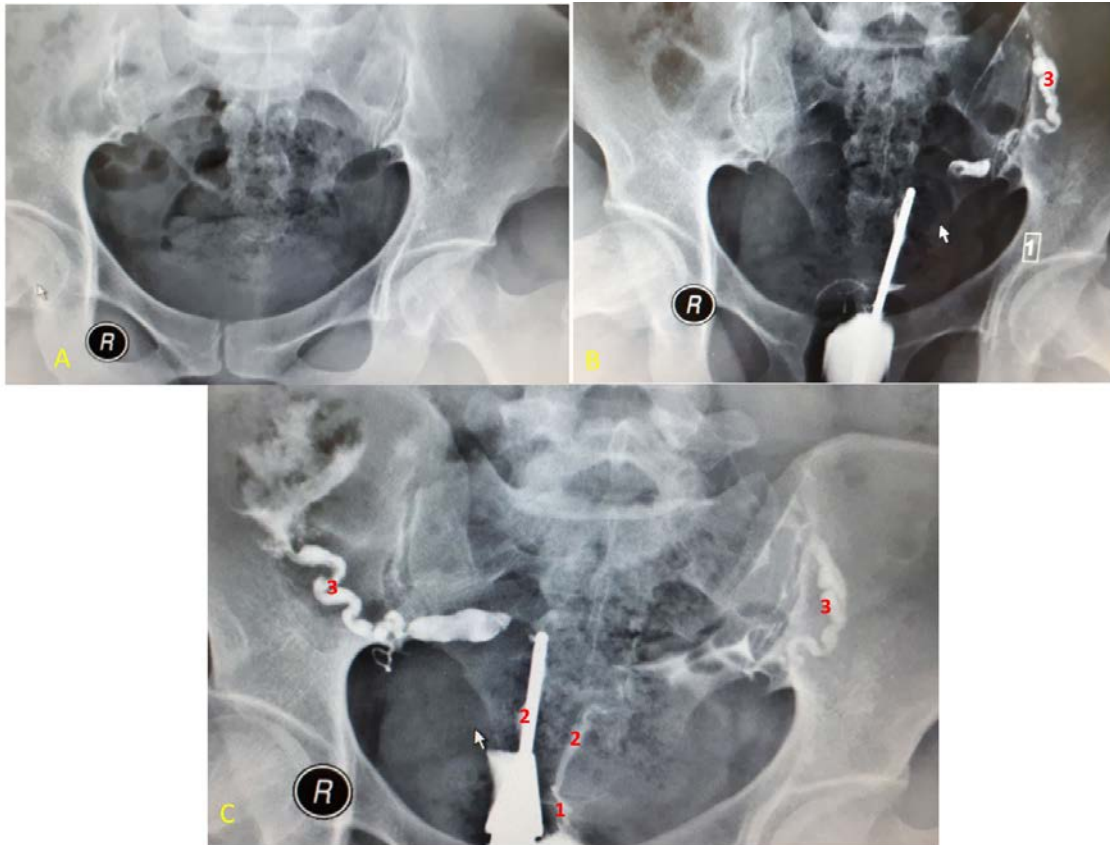
لازمه تشخیص دقیق و انتخاب درمان مناسب آگاهی از نحوه تکامل سیستم تناسلی مونث در دوران جنینی است. در هفته دهم جنینی، رحم از اتصال دو مجرای مولرین ایجاد می‌گردد. بخشی از ساختارهای اولیه

جنینی می‌توانند در حین تکامل باقی بمانند و ویژگی‌های آناتومیکی، تظاهرات بالینی و عملکرد تولید مثلی متفاوتی را نشان دهند. بنابراین، درک جزئیات ناهنجاری‌های سیستم تناسلی مؤنث اهمیت دارد و نیازمند دانش کافی در رابطه با نحوه تکامل سیستم تناسلی در دوران جنینی است (۱، ۳، ۴). در این گزارش یک مورد رحم مضاعف با سرویکس مجزا و واژن مشترک معرفی شده است.

معرفی مورد

این مطالعه مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی لرستان با کد اخلاق IR.LUMS.REC.1402.026 بوده است. بیمار یک خانم ۳۸ ساله بود که حدود ۱۵ سال از ازدواج او گذشته و علی‌رغم بارداری؛ دچار سقط‌های مکرر شده بود. همچنین بیمار سابقه قاعدگی نامنظم و دردناک، خونریزی طول کشیده و لکه‌بینی را گزارش کرده است.

بیمار برای بررسی سلامت اندام‌های تولیدمثلی (رحم و لوله‌های رحمی) توسط پزشک متخصص زنان برای آزمون هیستروسالپینگوگرافی (HSG) به مرکز تصویربرداری معرفی شده بود. آزمون هیستروسالپینگوگرافی طبق پروتکل استاندارد و با آمادگی قبلی از مریض به عمل آمد و در ارزیابی تصاویر رادیولوژی مشخص شد که این بیمار دارای رحم مضاعف با سرویکس مجزا و واژن مشترک (رحم دی‌دلفیس) است (شکل ۱).



شکل ۱. تصاویر هیستروسالپینگوگرافی. تصویر A نمای رخ از لگن قبل از تزریق ماده حاجب را نشان می‌دهد. تصاویر B و C نیز سرویکس (۱)، رحم (۲) و لوله‌های رحمی (۳) پس از تزریق ماده حاجب را نشان می‌دهد که بیان‌کننده رحم مضاعف با سرویکس مجزا و واژن مشترک است.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به روش‌های درمانی متفاوت برای ناهنجاری‌های مختلف، این طبقه بندی را ارتقا داده و انواع مختلف ناهنجاری‌های کانال مولرین را بیان کرده است که طیف وسیعی از ناهنجاری‌ها (مانند آژنزی مولرین، آژنزی دهانه رحم، رحم تک‌شاخ، رحم دی‌دلفیس، رحم دوشاخ، رحم جداشده، سپتوم طولی واژن، سپتوم عرضی واژن و ناهنجاری‌های پیچیده) را شامل می‌شود (۴).

در گزارش حاضر نیز نوع ناهنجاری مشاهده شده رحم دی‌دلفیس است که باعث ایجاد سقط‌های مکرر شده بود. لذا شناخت کامل انواع مختلف ناهنجاری‌ها می‌تواند به درمان مؤثر بیمار بینجامد. میزان دقیق ناهنجاری‌های کانال مولرین مشخص نیست، اما طبق آمار ارائه شده ۳/۲ درصد از زنان با باروری طبیعی دارای برخی ناهنجاری‌های رحمی بودند که ۵ درصد آن‌ها از نوع رحم دی‌دلفیس بود. گزارش شده است که این بروز ناهنجاری‌های کانال

زنان مبتلا به ناهنجاری‌های رحمی در مقایسه با زنانی که دارای رحم طبیعی هستند، مشکلات تولید مثلی بیشتر و میزان بارداری کمتری دارند. همچنین عوارض بارداری مانند زایمان زودرس، سقط سه ماهه اول و دوم، عقب‌ماندگی رشد داخل رحمی (Intrauterine growth restriction) و سرگیجه در زنان دارای رحم غیر طبیعی بیشتر است (۱، ۴، ۸، ۹). تئوری‌ها و سیستم‌های طبقه‌بندی مختلفی برای توضیح این ناهنجاری‌ها ارائه شده است که پذیرفته‌شده‌ترین آن طبقه‌بندی انجمن باروری آمریکا در سال ۱۹۸۸ است. اما این طبقه بندی نمونه کوچکی از ناهنجاری‌های کانال مولرین را نشان می‌دهد و بنابراین بسیاری از پزشکان و محققین با طیف کامل ناهنجاری‌ها آشنا نیستند (۴). در سال ۲۰۲۱ انجمن پزشکی تولیدمثل آمریکا (American Fertility Society)

مولرین در جمعیت‌هایی با اختلال باروری بیشتر است، به طوری که ۸ درصد آن‌ها رحم دی‌دلفیس دارند (۱۰). رحم دی‌دلفیس اغلب بدون علامت است، اما در برخی موارد ممکن است با دیسپارونی یا آمنوره با درجات مختلفی از سپتوم طولی واژن بروز نماید. گزارشات گذشته نشان‌داده است که میزان زایمان‌های زودرس و سقط خودبخودی، مالپرژانتاسیون جنین و پارگی کیسه آب در رحم دی‌دلفیس بیشتر از سایر ناهنجاری‌ها است (۳، ۴، ۶، ۸). در گزارش حاضر نیز بیمار دچار سقط‌های مکرر بوده و حاملگی و زایمان موفق نداشته است. ناهنجاری‌های کانال مولرین بویژه رحم دی‌دلفیس از جمله موارد نادر است که گزارش موارد مشابه می‌تواند سبب افزایش آگاهی بیماران و پزشکان در رابطه با علل ناباروی و سقط‌های مکرر گردد و با تشخیص به موقع و صحیح به درمان بیماران بینجامد.

تشکر و قدردانی

از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی لرستان به منظور تصویب این گزارش مورد و همچنین پرسنل کلینیک دی کمال تشکر را داریم.

References

1. Deswal V, Jat R, Purohit S, Kumawat N, Kumari S, Bhakar M. An unusual case of septate uterus with double cervix and longitudinal vaginal septum—with pregnancy. *The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine*. 2017;48(3):761-5.
2. Patton PE, Novy MJ, Lee DM, Hickok LR. The diagnosis and reproductive outcome after surgical treatment of the complete septate uterus, duplicated cervix and vaginal septum. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2004;190(6):1669-75.
3. Madhavi D. Bicornuate uterus—a case report. *Anat Physiol Journal*. 2012;2(4):1-2.
4. Pfeifer SM, Attaran M, Goldstein J, Lindheim SR, Petrozza JC, Rackow BW, et al. ASRM müllerian anomalies classification 2021. *Fertility and sterility*. 2021;116(5):1238-52.
5. Agah J, Khamene Bagheri A, Ghorat F. Rudimentary Horn Pregnancy and Uterine Rupture in Second Trimester of Pregnancy: A Case Report. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 1970;18(1):67-71.
6. Smith BC, Brown DL, Carter RE, Famuyide AO. Double cervix: clarifying a diagnostic dilemma. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2014;211(1):26. e1-. e5.
7. Ahmadi F, Pahlavan F. A case report of didelphys uterus with right obstruction of cervix due to transverse vaginal septum. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2020;23(6):110-4.
8. Celik NY, Mulayim B. A müllerian anomaly"without classification": septate uterus with double cervix and longitudinal vaginal septum. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2012;51(4):649-50.
9. Kong W-y, Zhao S-r, Deng K, Zhang Q, Liu W, Yan L. Effects of bicornuate uterus on pregnancy and obstetric outcomes of in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2021;258:132. ^-
10. Growdon WB, Laufer MR. Uterine didelphys with duplicated upper vagina and bilateral lower vaginal agenesis: a novel Müllerian anomaly with options for surgical management. *Fertility and sterility*. 2008;89(3):693-8.

A Case Report of a Double Uterus with a Separate Cervix and a Common Vagina (Didelphys Uterus)

Salimnejad R^{1, 2}, Rajabzadeh A^{3*}

1. Assistant Professor, Department of Anatomical Sciences, Faculty of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

2. Assistant Professor, Department of Radiology Technology, Faculty of Paramedicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

3. Assistant Professor, Department of Anatomical Sciences, Faculty of Medicine, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran, Dr.a_rajabzadeh@yahoo.com

Received: 2022/3/3

Accepted: 2023/5/27

Abstract

Background: Uterus Didelphys is one of the rare cases of uterine abnormalities that is mostly asymptomatic until pregnancy and delivery. The present report introduces a case of a double uterus with a separate cervix and a common vagina (Uterus Didelphys).

Materials and Methods: The patient was a 38-year-old woman referred to a radiology clinic by a gynecologist. She was pregnant at the time; however, she had a history of repeated miscarriages, irregular and painful menstruation, prolonged bleeding, and spotting. The evaluation of radiological images with hysterosalpingography showed that this patient had a double uterus with a separate cervix and a common vagina (Uterus Didelphys).

Conclusion: Müllerian duct abnormalities are among the most important factors of infertility in women, whose accurate diagnosis and right treatment can help to maintain fertility. The use of imaging methods can also help in the correct diagnosis and appropriate treatment of these people.

Keywords: Common vagina, Didelphys uterus, Hysterosalpingography, Separate cervix.

***Citation:** Salimnejad R, Rajabzadeh A. A Case Report of a Double Uterus with a Separate Cervix and a Common Vagina (Didelphys Uterus). *Yafte*. 2023; 25(1):41-46.