

حاملگی موفق در رحم دی دلفیس: گزارش موردی

دکتر لعیبا شیرین زاده^۱، دکتر ملیحه رخشانی فر^{۲*}

۱. استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۲. دستیار زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۹/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۱۰

خلاصه

مقدمه: رحم دی دلفیس از جمله موارد نادر ناهنجاری‌های مولرین می‌باشد که در اغلب موارد تا زمان بارداری و زایمان بدون علامت باقی می‌ماند. در بیماران با ناهنجاری‌های مولرین، بارداری و زایمان با عوارض بیشتری نظیر زایمان زودرس همراهی دارد که نیازمند نظارت بیشتر بر این بارداری‌ها می‌باشد. بیشتر موارد بارداری در رحم دی دلفیس در رحم سمت چپ گزارش شده است. از روش‌های سونوگرافی و MRI می‌توان برای تشخیص آن استفاده کرد.

معرفی بیمار: بیمار، خانمی ۲۱ ساله با سابقه دیسپارونی و یک نوبت سقط خودبه‌خود و با بارداری کنونی ۳۸ هفته بود که به دلیل آبریزش و درد زایمان به زایشگاه مراجعه نموده بود و در معاینه واژینال سپتوم طولی واژن تشخیص داده شد. بیمار به دلیل مایع آمنیوتیک مکنونی غلیظ دور از زایمان سزارین شد و نوزاد سالم و ترم متولد شد. رحم دی دلفیس و جنین در حفره راست بود.

نتیجه‌گیری: علی‌رغم زیاد بودن عوارض بارداری در حاملگی‌های همراه با ناهنجاری مولرین، گاهی این حاملگی‌ها بدون عارضه تا ترم ادامه می‌یابد.

کلمات کلیدی: بارداری، رحم دی دلفیس، ناهنجاری‌های مولرین

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر ملیحه رخشانی فر؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۶۰۶۴۲۸۴؛ پست الکترونیک:

malih.far@gmail.com

مقدمه

ناهنجاری‌های مادرزادی رحم که در ۳-۲٪ زنان مشاهده می‌شوند، اغلب بدون علامت هستند و بنابراین زود تشخیص داده نمی‌شوند. در عین حال، ممکن است با درد هنگام منارک تظاهر پیدا کنند و یا سلامت زنان و مامایی یک زن را تحت تأثیر قرار دهند (۱-۳).

ناهنجاری‌های مولرین طبقه‌بندی‌های مختلفی دارند. به‌طور کلی این ناهنجاری‌ها شامل: رحم سپتادار، رحم ۲ شاخ، رحم قوسی، رحم تک‌شاخ، رحم دی‌دلفیس، هیپوپلازی و آژنزی رحم و ناهنجاری‌های وابسته به دی اتیل استیل بسترول^۱ می‌باشند (۴).

رحم دی‌دلفیس یا رحم مضاعف، در ۱ مورد از هر ۲۸۰۰۰-۲۰۰۰ مورد زن مشاهده می‌شود. این اختلال در هفته ۸ حاملگی (۹-۶ هفته) زمانی اتفاق می‌افتد که دو مجرای مولرین، به هم متصل نمی‌شوند؛ بنابراین ساختمان‌های تولید مثلی دو برابر می‌شوند. اغلب این مضاعف شدن محدود به رحم و سرویکس است. اگرچه ممکن است ولو، مثانه، مجرای ادرار و واژن و آنوس نیز دوتایی باشند. ۲۰-۱۵٪ موارد با ناهنجاری‌های یک‌طرفه مانند: همی واژن مسدود و آژنزی یک‌طرفه کلیه همراهی دارند که در ۶۵٪ موارد این ناهنجاری‌ها در سمت راست هستند (۱، ۳، ۹-۵).

در ۷۵٪ موارد واژن نیز سپتادار است. سپتوم واژن می‌تواند موجب دیسپارونی یا اختلال در زایمان واژینال گردد. همی واژن مسدود می‌تواند موجب هماتوکلپوس و دردهای سیکلیک لگن شود. همچنین انسداد دو طرفه واژن منجر به آمنوره می‌گردد. رحم دی‌دلفیس در زنان باردار می‌تواند سقط و زایمان زودرس و محدودیت رشد داخل رحمی و پارگی زودرس کیسه آب را افزایش دهد که در موارد فوق جراحی مخصوص به خود (سپتوپلاستی یا متروپلاستی) توصیه می‌شود (۴، ۷، ۱۰).

با توجه به خطرات ذکر شده در بارداری این افراد که احتمال تولد نوزاد سالم و زنده را کاهش می‌دهد، در این مطالعه یک مورد نادر بارداری موفق در بیمار با رحم دی‌دلفیس که به بارداری ترم انجامید، گزارش می‌شود.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۲۱ ساله G2Ab1 بدون سابقه نازایی بود که از ۳ سال قبل دچار عفونت‌های ادراری مکرر می‌شد. وی ۴ سال قبل ازدواج نموده و همواره از دیسپارونی رنج می‌برده که به پزشک مراجعه ننموده است. بیمار ۳ سال قبل یک بارداری خودبه‌خودی داشته است. در سونوگرافی آن تاریخ (۹۴/۱۲/۱۸) رحم دوشاخ رؤیت شد و ساک حاملگی ۵ هفته در حفره سمت راست مشاهده شده بود. محصولات بارداری در سن ۸ هفتگی خوبه‌خود دفع شدند و کورتاژ نشده بود.

بیمار مجدداً باردار شده بود. در سونوگرافی‌های بارداری اخیر، رحم نرمال گزارش شد.

بیمار در سن بارداری ۳۸ هفته با شکایت آبریزش و درد زایمان به زایشگاه مراجعه نموده بود. در بدو ورود: دمای بدن: ۳۷ درجه سلسیوس، فشارخون ۱۱۰/۷۰ میلی‌متر جیوه، ضربان قلب ۸۶ و تعداد تنفس ۱۸ تنفس در دقیقه بود. آبریزش واضح داشت و در معاینه واژینال که به‌علت واژینیسموس بیمار به سختی قابل انجام بود، سپتوم طولی واژن و دو سرویکس به دست خورد. یک سرویکس ۲ سانتی‌متر باز و دیگری کاملاً بسته بود و پرزانتاسیون جنین سفالیک بود.

با توجه به مکونیال بودن مایع آمینوتیک و دور از زایمان بودن واژینیسموس شدید، بیمار تحت سزارین قرار گرفت.

شکم با انسزیون فان اشتیل و رحم با انسزیون کر باز شد. مثانه قدری بالا کشیده بود که دکوله شد. در لترال چپ رحم، رحم کوچک دیگری به دست می‌خورد. پس از خروج نوزاد، رحم با دقت بررسی شد که دی‌دلفیس بود. جنین و جفت در حفره سمت راست قرار داشتند. هر حفره رحم دارای یک لوله و تخمدان بود. یک لوب روده بین دو رحم و به سگمان تحتانی و در ادامه به مثانه چسبیده بود که آن را به سمت بالا کشیده بود (عکس ۱).

¹ diethylstilbestrol



عکس ۱- رحم دی‌دلفیس در سزارین

(به علت عدم رضایت بیمار، تصویر سپتوم واژن و سرویکس بیمار تهیه نشده است)

میزان زایمان‌های ترم در بیماران مبتلا به ناهنجاری‌های رحم نظیر رحم دی‌دلفیس کمتر از زنان بدون ناهنجاری بوده است. طبق مطالعات انجام شده، میزان زایمان‌های زودرس و سقط خودبه‌خودی و مالپرژانتاسیون جنین و پارگی زودرس کیسه آب، در رحم دی‌دلفیس نسبت به سایر ناهنجاری‌های رحمی بیشتر بوده است. همچنین خطر سزارین در این بیماران ۲۰ برابر افزایش یافته است. علی‌رغم مسائل فوق، بسیاری از بیماران دارای رحم دی‌دلفیس مشکلات تولید مثل و زایمان ندارند (۳، ۱۲، ۱۷، ۱۸).

در معاینه واژینال ممکن است سپتوم طولی و دو سرویکس به دست بخورد یا در کلیشه هیستروسالپینگوگرافی که برای ارزیابی باروری انجام شده است، به صورت دو کانال اندوسرویکال مشاهده شود. برای تشخیص، معمولاً در اولین قدم از سونوی ۲ بعدی استفاده می‌شود؛ اگرچه برای تشخیص قطعی کفایت نمی‌کند. بیشتر از سونوگرافی سه‌بعدی برای تشخیص ناهنجاری رحمی استفاده می‌شود، زیرا نمای بهتری از فوندوس ارائه می‌کند. زمانی که یافته‌های سونوگرافی کلاسیک نباشد، MRI بسیار ارزشمند است. MRI نیز یک روش غیرتهاجمی است که نقش مهمی در تشخیص رحم دی‌دلفیس، همی واژن مسدود و ناهنجاری‌های هم‌زمان سیستم ادراری دارد، اما به صورت قطعی این تشخیص با مشاهده مستقیم در لاپاراسکوپی یا لاپاراتومی تأیید می‌شود (۱، ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵).

با توجه به مجاورت روده با انسزیون و عدم امکان ترمیم انسزیون رحم بدون آسیب روده، ابتدا در حد امکان لوپ روده از رحم جدا شد و سپس ترمیم انجام شد. بیمار پس از جراحی بدون مشکل ترخیص شد. با توجه به سپتوم طولی و دیسپارونی به بیمار توصیه شد بعداً جهت انجام سپتوپلاستی مراجعه نماید.

بحث

رحم دی‌دلفیس یک مورد نادر از ناهنجاری‌های رحمی است که در ۱۱-۳٪ زنان و در ۳۰-۵٪ زنان دارای سابقه سقط که ناهنجاری رحمی دارند، مشاهده می‌شود (۱، ۳، ۱۳-۱۱).

این زنان دارای دو تنه رحم، دو سرویکس جداگانه و اغلب همراه با دو واژن یا سپتوم واژینال می‌باشند. هر شاخ رحمی به یک لوله متصل است و یک تخمدان در مجاورت آن قرار دارد (۸، ۱۴).

اغلب زنان مبتلا بدون علامت هستند، اما برخی بیماران با دیسپارونی یا آمنوره در حضور درجات مختلف سپتوم طولی واژن بروز می‌کنند. به ندرت نیوپلاسم‌های ژنیتال، هماتوکولپوس، هماتومتروکولپوس و همراهی با ناهنجاری‌های کلیوی نیز در ارتباط با رحم دی‌دلفیس گزارش شده است که می‌توان به سندروم هرلین-ورنر-واندرلیخ^۱ (رحم دی‌دلفیس + همی واژن مسدود + آژنری کلیه همان طرف) اشاره کرد (۱، ۲، ۱۱-۹، ۱۵، ۱۶).

¹Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome

مسدود یک‌طرفه وجود نداشت (۶).

گودو و همکار (۲۰۲۰) بیماری را با سابقه نازایی ۴ ساله توصیف نمودند که با پارگی کیسه آب بستری شده بود و در معاینه سپتوم طولی واژن و دو سرویکس رؤیت شده بود. بیمار به‌علت دیستوشی زایمانی سزارین شده بود که رحم دی‌دلفیس و جنین در حفره راست قرار داشت (۱۹).

در تمام مطالعات فوق به جز مطالعه گودو، ناهنجاری در سمت راست و جنین در حفره چپ واقع شده است. در صورت واژن مسدود در سمت راست، ساک بارداری به ناچار در حفره چپ تشکیل می‌شود. علت اینکه در بیمار ما جنین در حفره راست تشکیل شده است، می‌تواند فقدان انسداد نیمه راست واژن و وجود رحم عملکردی در این سمت باشد.

کنده گوتیرز و همکاران (۲۰۲۰) موردی نادر از پارگی رحم و مرگ جنین در بیمار دارای رحم دی‌دلفیس در سه ماهه دوم بارداری گزارش نمودند که با درد شکم و علائم تحریک پریتونین بستری شده بود. ایشان برای بیمار جراحی استراسمن انجام نمودند (۲۰). کینگ و همکاران (۲۰۲۰) موردی جالب را معرفی نمودند. بیمار دارای رحم دی‌دلفیس با بارداری دوقلوئی بود که در ۲۹ هفته دچار پارگی زودرس کیسه آب شد و ۹ روز بعد دچار درد زایمان شد و قل راست متولد شد، اما رحم چپ تا ۲۴ ساعت بعد آرام بود. بنابراین دو نوزاد به فاصله زمانی ۲۴ ساعت متولد شدند (۲۱).

اغلب موارد ذکر شده همانند بیمار گزارش حاضر، در اتاق زایمان تشخیص داده شدند و بیمار از قبل آگاهی از ناهنجاری رحمی خود نداشته است و با عوارض بارداری نظیر افزایش سزارین و سقط مواجه شده‌اند.

ناهنجاری‌های رحم و به‌خصوص رحم دی‌دلفیس نادرند. بنابراین گزارش موارد مشابه می‌تواند به‌عنوان مرجع، قابل استناد و همچنین راه‌گشا باشد که نقطه قوتی برای این نوع گزارشات محسوب می‌شود. اما مواردی چون عدم رضایت بیمار برای تهیه تصاویر مربوط به واژن و گزارش عوارض بارداری مادر با توجه به اینکه بیمار مستقیماً تحت نظر نبوده است و روش تشخیص قطعی

رزکت نمودن کامل سپتوم واژینال با پیامدهای خوب و باروری همراه بوده است و از عوارض نادر نظیر اندومتريوز و نازایی جلوگیری می‌کند (۱، ۵، ۱۵، ۱۶).

در موارد سقط راجعه یا درد لگنی یا سابقه زایمان زودرس متروپلاستی می‌بایست مدنظر قرار گیرد (۴، ۱۰).

رضایی و همکاران (۲۰۱۵)، یک بیمار با سابقه یک نوبت سقط خودبه‌خودی و تشخیص احتمالی رحم دی‌دلفیس در سونوگرافی، با سن بارداری ۳۸ هفته با پارگی کیسه آب گزارش نمودند که زایمان طبیعی نموده و سپس به‌علت احتباس جفت به اتاق عمل منتقل شده بود و جفت به‌صورت دستی خارج شده بود. در این مورد ساک بارداری در حفره چپ و سپتوم کامل طولی واژینال وجود داشت (۱). شرح حال بیمار گزارش مذکور کاملاً مشابه بیمار مطالعه ما بوده است، با این تفاوت که زایمان طبیعی نموده و در پایان دچار عارضه احتباس جفت شده بود. در این بیمار به‌علت ناهنجاری رحم، مالپرزانتاسیون جنین دیده شده است.

در مطالعه لوپامودرا و همکاران (۲۰۱۵) بیماری با سابقه دو نوبت زایمان طبیعی که در ۳۳ هفتهگی دچار پرولاپس حفره خالی رحم شده بود که جاناندازی شده بود، گزارش گردید. این بیمار نیز سپتوم طولی واژینال داشت و جنین در حفره چپ واقع شده بود. وی در سن بارداری ۳۸ هفته به‌علت پرزانتاسیون بریچ سزارین شد (۸).

در مطالعه چاندرالاکا (۲۰۱۶)، نیز بیمار پرایمی گراوید به‌علت بریچ بودن پرزانتاسیون جنین سزارین شد. رحم دی‌دلفیس و جنین در حفره چپ واقع شده بود (۱۴).

هر سه مورد بیمارانی را گزارش نمودند که ناهنجاری رحمی موجب مال پرزانتاسیون جنین شده بود. این مورد در گزارش حاضر وجود نداشت.

ورسلینی و همکاران (۲۰۰۷)، مقالات مرتبط با رحم دی‌دلفیس که در سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۵ در پایگاه‌های Pubmed، Embase و Medline چاپ شده بود را بازبینی نمودند. از ۱۳۸ مورد انتخابی، ۶۵٪ بیماران ناهنجاری‌های سمت راست داشتند. در بیمار مورد گزارش حاضر، ناهنجاری کلیوی و همی واژن

این موارد که جراحی می‌باشد، از موارد ضعف محسوب می‌شود.

نتیجه‌گیری

ناهنجاری‌های رحمی علی‌رغم نادر بودن می‌توانند زنان را دچار مشکلات عدیده زنان و مامایی از جمله: مشکلات مربوط به کاهش میزان بارداری به‌علت اندومترئوز و نازایی و همچنین کاهش زایمان سالم ترم به‌علت افزایش سقط، زایمان زودرس، پارگی زودرس کیسه آب و محدودیت رشد داخل رحمی نمایند. با توجه به عوارض ذکر شده، تشخیص به‌موقع برای درمان و انجام مراقبت‌های بارداری مناسب حائز اهمیت است.

بنابراین می‌بایست در زنان با سوابق زنان و مامایی مبهم نظیر سقط‌های مکرر و بدون علت شناخته شده،

درد شکم سیکلیک، دیسپارونی توجیه نشده، پرزنتاسیون‌های غیرطبیعی جنین و زایمان زودرس بدون علت به فکر ناهنجاری‌های مولرین نظیر رحم دی‌دلفیس باشیم و هرگز از معاینه دقیق بیمار غافل نشد، زیرا در بسیاری موارد اطلاعات به‌دست آمده از معاینات بالینی نقش تعیین‌کننده‌تری دارد.

در حال حاضر مقالات در دسترس در ارتباط با رحم دی‌دلفیس، تظاهرات بالینی و راه‌های تشخیص قطعی و غیرتهاجمی آن محدود است. توصیه می‌شود که مطالعات گسترده جهت توسعه روش‌های تشخیصی غیرتهاجمی و آسان به‌منظور کاهش عوارض زنان و بارداری انجام شود تا از مواردی چون سقط مکرر و زایمان‌های زودرس جلوگیری شود و در نتیجه آن، شاخص‌های باروری جامعه افزایش یابد.

منابع

1. Rezaei 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.
2. Patil B, Nagaraju RM. Uterine didelphys with obstructed hemivagina and ipsilateral renal anomaly - OHVIRA syndrome: a rare congenital anomaly. *Int J Reprod Contracept Obstet Gyneco* 2015; 4(3):889-92.
3. Ng'ang'a N, Ratzersdorfer J, Abdelhak Y. Vaginal birth after two previous caesarean deliveries in a patient with uterus didelphys and an interuterine septal defect. *BMJ Case Rep* 2017; 2017:bcr2016219149.
4. Cunningham FG, Kenneth J, Bloom SL, Spong CY, Dash JS, Hoffman BL, et al. *Williams obstetrics*. 25nd ed. New York: McGraw-Hill; 2018.
5. Bhoil R, Ahluwalia A, Chauhan N. Herlyn werner wunderlich syndrome with hematocolpos: an unusual case report of full diagnostic approach and treatment. *International Journal of Fertility & Sterility* 2016; 10(1):136-40.
6. Vercellini P, Daguati R, Somigliana E, Viganò P, Lanzani A, Fedele L. Asymmetric lateral distribution of obstructed hemivagina and renal agenesis in women with uterus didelphys: institutional case series and a systematic literature review. *Fertility and sterility* 2007; 87(4):719-24.
7. Ani EO, Ugwa EA, Taiye AB, Agbor IE, Suleiman IS. Simultaneous pregnancy in each uterine cavity of a double uterus in a young Nigerian multipara who presented with a retained second twin following an unsupervised preterm labor at home; Case report. *International journal of surgery case reports* 2018; 42:224-6.
8. Jena L, Puhan JN, Swain S, Kanungo S. Uterine didelphys: a rare case report. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2015; 4(5):1613-1614.
9. Lewis P, Zarariya A, Daver RG, Choudhary S, Kale K. An interesting case report on Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome with hematocolpos and communicating blind duplex ureters. *International Journal of Interdisciplinary and Multidisciplinary Studies (IJIMS)* 2015; 2(6):163-67.
10. Aranke M, Nguyen KL, Wagner RD, Kauffman RP. Haematometrocolpos and acute pelvic pain associated with cyclic uterine bleeding: OHVIRA syndrome. *Case Reports* 2018; 2018.
11. Valdespino VE, Ramon HM, Cordova GM, Gomez VV, Torres PF, Hernandez PB. Didelphys Uterus and Cervical Cancer: A Case Report and Review of Literature *Clin Surg* 2018; 3:1964.
12. Algeri P, Rota SM, Nicoli E, Caruso O, Spinetti G, Stagnati V. A uterus didelphys with a spontaneous labor at term of pregnancy: a rare case and a review of the literature. *Case Reports in Perinatal Medicine* 2018; 7(2).
13. Ghaednia Jahromy M, Ansari I, Ghaednia Jahromy M, Rezagholizamenjany M, Mirzadeh SM, Rasekh Jahromi A. Double Uterus with Single Cervix: A Case Report. *Annals of Military and Health Sciences Research* 2017; 15(3).
14. Rao S, Anitha GS. Chandralekh, a P. Pregnancy in Uterus Didelphys Delivered by Caesarean Delivery: Case Report. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology* 2016; 5:2434-7.

15. Hamidi H, Haidary N. Late presentation, MR imaging features and surgical treatment of Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome (classification 2.2); a case report. *BMC women's health* 2018; 18(1):161.
16. Singh SS, Roplekar P, Sudmani S. Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome with endometriosis of ovary and fallopian tube- a rare case report. *Indian J Appl Res* 2017; 7(10).
17. Chan YY, Jayaprakasan K, Tan A, Thornton JG, Coomarasamy A, Raine-Fenning NJ. Reproductive outcomes in women with congenital uterine anomalies: a systematic review. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 2011; 38(4):371-82.
18. Hua M, Odibo AO, Longman RE, Macones GA, Roehl KA, Cahill AG. Congenital uterine anomalies and adverse pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205(6):558-e1.
19. Gudu W, Barsenga M. Uterus Didelphys with Term Pregnancy Diagnosed in Labor as a Cause of Dystocia: Case Report. *Ethiopian Journal of Reproductive Health* 2020; 12(1):55-59.
20. del Socorro Conde-Gutiérrez Y, Cruz-López N, Carmín Jiménez-Ibáñez L. Útero didelfo como causa de ruptura uterina espontánea. Reporte de un caso. *Ginecología y Obstetricia de Mexico* 2020; 88(6):407-11.
21. King AL, Pixton S, Lanzarone V. Uterine didelphys with dicavitary twin gestation: A case report. *Case Reports in Women's Health* 2020: e00199.