

مقاله مروری

REVIEW ARTICLE

ناهنجاریهای مادرزادی زهدان

دکتر شهرزاد دکتر آقایی☆☆☆

جنین شناسی دستگاه تناسلی زنان

رشد دستگاه تناسلی را به ۴ مرحله می توان تقسیم کرد:

مرحله اول از هفته ۳ تا ۸ جنینی.

در هفته ششم و هفتم، طول جنین بین ۱۴ تا ۱۶ میلی متر است. در این زمان گونادها خنثی هستند و دستگاه تناسلی پس از تشکیل گونادها به وجود می آید. در این مرحله دو سجاف مولر در سنج اوروژنیتال (ادراری - تناسلی) ظاهر می شوند و اولین قسمت مجاری مولر را تشکیل می دهند. وقتی رویان نیم سانتیمتر طول دارد از مزونفروز یک برآمدگی به شکل لوبیا به نام جسم وولف به وجود می آید و بتدریج جوانه های دیگری در آن ظاهر می شود که آن را برآمدگی تناسلی می گویند. دستگاه تناسلی زن و مرد هر دو از این برآمدگی تناسلی به وجود می آیند. در ضخامت جسم وولف دو مجرا دیده می شود که مجرای خارجی را مولر و مجاری داخلی را وولف می گویند.

مرحله دوم، از هفته ۸ تا ۱۰ جنینی (نزدیک شدن مجاری مولر).

مجاری مولر به طرف پایین رشد می کنند و ابتدا در محاذات مجاری وولف قرار می گیرند و سپس ضمن طی مسیر، مجاری وولف را قطع و از جلوی آن عبور می کنند و سپس در دو طرف مجاری وولف قرار می گیرند و بالاخره در هفته ۱۰ رویانی به سینوس اوروژنیتال (جیب ادراری

مقدمه

ناهنجاریهای مادرزادی به علت اینکه سبب نازایی و سقط می شوند و هنگام زایمان مشکلاتی را به وجود می آورند، بسیار مدنظراند. علت ناهنجاریهای مادرزادی به طور کامل شناخته نشده است و عوامل زیر در ایجاد آنها دخالت دارند:

۱) عوامل ژنتیکی (genetic factor)

۲) عوامل محیطی (environmental factor)

۳) عوامل ارثی (hereditary factor) به طوری که ناهنجاریها در مادر و دختر و نسلهای بعد خانواده گزارش شده است.

تعیین میزان شیوع ناهنجاریهای زهدانی مشکل است، چون بسیاری از بیماران به طور بالینی تشخیص داده نمی شوند، مگر اینکه به طور اتفاقی، ضمن لاپاراتومی یا اتوپسی تشخیص داده شوند.

در سال ۱۹۵۸ هی (Hay) و در سال ۱۹۶۵ سمنز (Semmens)

میزان ناهنجاریهای زهدانی را ۱۰ درصد ذکر کردند.

زانستی (zanetti) و همکارانش ضمن مطالعه و انجام

هیستروسالپینگوگرافی بر روی ۱۳۴۷۰ نفر به مدت ۲۰ سال در ۱۱۶۰

مورد ناهنجاریهای زهدانی مشاهده کردند. میزان شیوع ۸/۶ درصد و

شایعترین نوع ناهنجاریها «هیپوپلازی» و «رحم قوسی شکل» گزارش

شده است.

♦ دانشیار گروه رادیولوژی دانشکده پزشکی دانشگاه تهران.

♦ استادیار بخش رادیولوژی بیمارستان میرزا کوچک خان (دانشگاه تهران).

تناسلی) می‌رسند و به برجستگی مولر ختم می‌شوند. در هفته ۱۰، مجاری وولف آتروفیه می‌شوند و در زمان بلوغ به صورت زواید نزدیک تخمدان (Para Oophoron, Epooophoron) و مجرای گارتنر (Gartner's duct) مشاهده می‌شوند.

مرحله سوم، از هفته ۱۰ تا ۱۳ جنینی (جوش خوردن مجرای مولر).

هیل کراسلی (Hill Crosly) ضمن مطالعات جنین شناختی به این نتیجه رسید که پدیده اتصال در مجاری مولر بین هفته ۱۲ تا ۱۶ جنینی انجام می‌گیرد. مولر عقیده دارد که اتصال از ناحیه ایسم (تنگه) شروع می‌شود و به دو طرف بسط می‌یابد.

مرحله چهارم، از هفته ۱۳ تا ۱۶ (جذب دیواره).

جذب دیواره داخلی از تنگه (ایسم) به طرف بالا و پایین شروع می‌شود و در هفته ۱۶ جنینی دیواره میانی بکلی از بین می‌رود. قسمت بالای مجرای مولر بهم نزدیک نمی‌شوند و لوله‌های فالوپ و قسمت فوقانی مهبل را می‌سازند. از شیار اورترال (پیشابراهی)، ولووکلیتوریس تشکیل می‌شود (شکل ۱ - الف و ب).
اختلال در هریک از این مراحل ناهنجاریهای دستگاه تناسلی را باعث می‌شود.

علائم بالینی

علائم بالینی در ناهنجاریها به شرح زیر است:

- نازایی
- سقطهای مکرر
- اختلالات قاعدگی
- آمنوره
- اولیگوآموره
- دیسمنوره
- دیسپارونی (مقاربت دردناک)
- زایمان زودرس
- نمای ناجور (mal presentation)
- جفت سرراهی
- جدا شدن ناقص جفت
- دیواره کامل مهبل
- دیواره ناقص مهبل
- پستان اضافی و یا نوک پستان اضافی

طبقه بندی ناهنجاریهای مادرزادی زهدان.

این طبقه بندی به وسیله فراره (R.Ferare) و روست (G.Rosst) انجام گرفته و بر پایه رشد جنینی زهدان است.

۱) توقف رشد مجاری مولر

۲) ناهنجاریهای مربوط به عدم اتصال دو مجرای مولر

- ۳) عدم جذب کامل دیواره بین مجاری مولر
- ۴) زهدانهای مرتبط
- ۵) رحم بادبادکی
- ۶) اختلال در رشد حفره زهدان
- ۷) ناهنجاریهای موقعیت زهدان

۱ - توقف رشد مجاری مولر.

این ناهنجاریها در خلال مرحله اول رشد رویان و در مرحله نمو کرانیوکدال (سری - دمی) مجاری مولر در هفته ۶ تا ۹ پیش می‌آید که در زیر توضیح داده می‌شود:

الف) آپلازی (ناسازی) کامل و دو طرفه زهدان.

به علت همراه بودن با آپلازی دو طرفه کلیوی استثنائی است و رویان نمی‌تواند زنده بماند.

ب) آپلازی (ناسازی) دو طرفه غیر کامل.

در این بیماران مهبل وجود ندارد و در محل حفره زهدان و بالای پرده بکارت دو برجستگی نواری شکل دیده می‌شود و لوله و تخمدانها طبیعی هستند. در ۱۵ درصد موارد این ناهنجاریها با اختلالات دستگاه ادراری از نوع آپلازی و نابجایی کلیه همراه است که شایعترین نوع آن سندرم راکی - تانسکی - هاوزریا فقدان مادرزادی مهبل می‌باشد.

این سندرم نخستین بار توسط کوستل (Kaustel) در سال ۱۹۱۰ شرح داده شد. این بیماران فاقد مهبل و زهدانند. تنها در ۸ درصد موارد زهدان و گردن زهدان وجود دارد. اگر در این بیماران مهبل ترمیم شود، قاعدگی و بارداری ممکن است پیش آید. اکثر این افراد درجات مختلفی از آپلازی و هیپوپلازی زهدان دارند. در بیمارانی که رحم آنان طبیعی است و قاعده می‌شوند ولی سرویکس یا مهبل ندارند، معمولاً کریپتومنوره و هماتوسالپنکس شایع است. علائم ثانویه جنسی و دستگاه تناسلی خارجی، لوله و تخمدانها طبیعی هستند و از نظر ژنتیکی و هورمونی نیز طبیعی می‌باشند.

ج) آپلازی (ناسازی) یک طرفه کامل زهدان

زهدان تک شاخ Uterus unicornous unicollis

این ناهنجاری به علت آژنزی (ناپیدایی) کامل یا ناقص مجاری مولر به وجود می‌آید. زهدان تک شاخ همراه با یک لوله و یک سرویکس (گلو) است و دارای سه مشخصه به قرار زیر است:

۱) شکل آن تغییر یافته و دوکی شکل و طولیتر از زهدان طبیعی است؛

۲) در طرف راست و چپ و گاهی به طور عمود در وسط حفره لگن قرار دارد؛

۳) در قعر آن تنها یک لوله دیده می‌شود (شکل ۲ و ۳).

زهدان تک شاخ ممکن است همراه با زهدان دیگری در سمت مقابل باشد که ممکن است به علت کوچکی و هیپوپلاستیک بودن و یا نداشتن ارتباط با شاخ اول دیده نشود (شکل ۴). اگر این شاخ زهدانی

ناهنجاریهای ناشی از عدم اتصال دو مجرای مولر

الف) زهدان دوتایی همراه با دو گلو و دو مهبل (uterus didelphys)
در این ناهنجاریها، مجاری مولر به هم نمی‌چسبند و از هم مجزا هستند و زهدان، گلوئی زهدان و مهبل دوتایی می‌باشند. به عبارت دیگر، این بیماران به علت مجزا بودن دو کانال مولر، دارای دو مهبل، دو گلو و دو حفره زهدان و دو لوله می‌باشند.

میزان شیوع

از آنجا که عده‌ای از این بیماران، بارداری و زایمان طبیعی دارند میزان شیوع دقیقاً تشخیص داده نمی‌شود و تقریباً یک مورد در ۲۷ هزار تا ۲۸ هزار نفر است. بیماران دارای دو مهبل و دو سوراخ گلوئی مجزا هستند. ماده حاجب هم‌زمان از سوراخ گلوئی هر دو طرف تزریق می‌شود و تصویر دو مجرای گلوئی زهدان و تنگه و حفره زهدانی مجزا با دو لوله دیده می‌شود که نشانه زهدان دو گانه است.

علائم بالینی

ممکن است بیماران دچار مقاربت دردناک (dysparunia)، قاعدگی دردناک (dysmenorrhea)، زیادی خون قاعدگی (menorrhagia)، کمی خون قاعدگی (oligomenorrhea) و حتی فقدان قاعدگی (amenorrhea) شوند. به علت وجود دیواره در مهبل ممکن است اسپرم نتواند از آن عبور کند و وارد مجرای گلوئی زهدان شود. این مانع، اغلب سبب نازایی می‌شود که با برداشتن دیواره بین دو مهبل این نارسایی از بین می‌رود و بیمار می‌تواند باردار شود. میزان سقط در این مورد بین ۲۳ تا ۵۳ درصد است. وقتی که جنین در یکی از زهدانها تشکیل شود زهدان دیگر نرم و بزرگ شده و واکنش سیدوایی نشان می‌دهد. ممکن است این زهدان دچار خونریزی شود و در مورد بیمار آبستن به غلط تشخیص «تهدید به سقط» داده شود، که توجه کامل به آن لازم است. میزان زایمانهای زودرس و دکولمان و نماهای غیرطبیعی و عوارض پس از زایمان و برگشت دیررس زهدان به وضع طبیعی در این ناهنجاری بیش از بارداری معمولی است. ممکن است هر دو زهدان دارای جنین باشند. میزان دوقلوئی نسبت به حالت معمولی بیشتر است (۱/۱۲ در مقابل ۱/۸۹).

گاهی یکی از زهدانهای باردار در مرحله ترم و زهدان دیگر در کف لگن قرار گرفته است و در نتیجه مانع از زایمان می‌شود. هنگام سزارین علت عدم پیشرفت مشخص می‌شود.

وقتی دو زهدان باردار باشند ممکن است زایمان در یکی از زهدانها با چند هفته تأخیر انجام شود. در بررسی پژوهشهای انجام شده حداکثر تفاوت سن دو جنین حدود سه ماه گزارش شده است. میزان مرگ قل دوم ۳ درصد بیش از قل اول بوده است.

علائم پرتونگاری

تشخیص دقیق به وسیله هیستروسالپینگوگرافی داده می‌شود. وقتی دو مهبل وجود دارد بهتر است ماده حاجب جداگانه از راه دو سوراخ گلوئی

در خط وسط باشد، احتمال وجود یک زهدان هیپوپلاستیک در کنار آن بیشتر است و تشخیص آن به وسیله لاپاراسکوپی داده می‌شود. در طرفی که مجرای مولر رشد نکرده است، احتمال آئرنزی (نایدایی) یا نابجایی کلیه وجود دارد. در این بیماران، اوروگرافی و مطالعه وضع کلیه‌ها ضروری به نظر می‌رسد. در این ناهنجاری معمولاً زهدان و یک لوله وجود دارد اما گاهی ممکن است لوله یا تخمدان وجود نداشته باشد. به طور کلی ۱/۳ بیماران با زهدان تک شاخ باردار می‌شوند، میزان سقط و نماهای غیرطبیعی در این بیماران شایع است و معمولاً زایمانهای آنان با اشکال مواجه می‌شود.

تشخیص افتراقی.

در هیستروسالپینگوگرافی (پرتونگاری از زهدان و لوله‌های زهدانی) زهدان دوکی شکل با یک لوله، همیشه نشانه زهدان تک شاخ نمی‌باشد.

گاهی رحم دو شاخ پیشرفته و یا رحم دوپلکس که یکی از شاخهای آن بسته باشد به شکل رحم تک شاخ تصویر می‌گردد. در معاینه مهبل، این حفره پر نمی‌شود و در کنار تصویر شاخ دیگر رحم به شکل یک توده تومورال لمس می‌شود که با فیبروم زیر سرواز اشتباه می‌شود و توجه به آن توصیه می‌شود.

زهدان خمیده شده به یک طرف لگن، دوکی شکل تصویر می‌گردد. اگر یکی از لوله‌های زهدان بسته باشد زهدان به شکل زهدان تک شاخ دیده می‌شود و جهت تشخیص افتراقی و بررسی قعر و شکل واقعی زهدان پرتونگاریهای مایل ضروری است (شکل ۵ و ۶).

زهدانهایی که دو سوراخ کول مجزا دارند گاهی ماده حاجب اشتباهاً فقط از یک سوراخ تزریق می‌شود و در نتیجه حفره رحم بشکل رحم یک شاخ تصویر می‌گردد.

به طور کلی در مواردی که رحم بشکل یک شاخ تصویر می‌شود لازم است از نظر داشتن دو سوراخ کول مجزا بررسی شود.

د) آپلازی یک طرفه غیر کامل

Uterus unicornous with uterus solidaris

زهدان توپره

رحم توپره همراه با رحم یک شاخ، شکل نادری از ناهنجاریهای مجاری مولر است که در سال ۱۹۶۲ یک مورد آن توسط سمز گزارش شد. در بررسی کلی، ۵ مورد از این ناهنجاریها گزارش شده است که همگی با درجاتی از آئرنزی (سربستگی) مهبل و ناهنجاریهای مجاری ادراری همراه بوده‌اند. نارسایی در رشد مجاری مولر یک طرف به صورت زهدان تک شاخ ظاهر می‌شود ولی در این ناهنجاری یک شاخ همراه با توده‌ای توپره که از مجرای مولر طرف مقابل به وجود آمده است که آن را می‌توان آئرنزی یک طرف زهدان دوتایی دانست و ممکن است این حالت با فیبروم داخل رباط گرد و یا فیبروم زیر سروزی اشتباه شود (شکل ۷).

زهدان در هر دو طرف تزریق شود و سپس پرتونگاریها پهلوئی هم قرار داده و از نظر محل قرار گرفتن و اندازه حفره زهدان با هم مقایسه شود؛ و یا می‌توان دیواره مهبل را برداشت و سپس همزمان ماده حاجب را به داخل هر دو زهدان تزریق کرد تا بتوان طرز قرار گرفتن و مجاورت دو زهدان را بررسی نمود (شکل ۸ و ۹).

تشخیص افتراقی زهدان دیواره دار

در پرتونگاری، زهدان دیواره دار مانند زهدان دوگانه ظاهر می‌شود، تنها فرقی که دارد در زهدان دوگانه، دو زهدان کاملاً مجزا و دور از یکدیگر قرار دارند؛ در صورتی که در زهدان دیواره دار مجرای گلوی زهدان و خود زهدان در مجاورت و نزدیک هم قرار گرفته‌اند و فقط یک دیواره نازک این دو قسمت را از یکدیگر جدا می‌سازد.

انسداد قسمت انتهایی مهبل

گاهی یکی از مهبلها در انتها بسته است و سبب هماتوکولیوس (قاعدگی نهانی) می‌شود. در چنین مواردی، زهدانی که مهبل و سوراخ گلوی آن باز است به شکل زهدان تک شاخ تصویر می‌گردد و در جدار طرف مقابل آن توده‌ای قابل لمس وجود دارد که ناشی از جمع شدن خون قاعدگی در مهبل می‌باشد.

ب) چسبیدن قسمتی از مجاری مولر

رحم دوشاخ همراهِ با دو سرویکس و سوراخ کول مشترک و یک مهبل

در این ناهنجاری قسمت فوقانی مجاری مولر که جسم رحم را تشکیل می‌دهند بهم نمی‌چسبند و رحم و قسمت فوقانی سرویکس دوتائی ولی سوراخ کول مشترک است.

علائم بالینی

معمولاً علائم بالینی دیده نمی‌شود فقط گاهی اختلال قاعدگی بعلت سطح وسیع آندومتر بشکل منوراژی و یا سیکلهای متناوب به فاصله دو هفته مشاهده می‌شود. این بیماران اکثراً باردار می‌شوند ولی میزان سقط بالا و در حدود ۵۰ درصد است.

— ممکن است بارداری در هر دو شاخ رحم پیش آید که یکی از آنها سقط شود و دیگری به ترم برسد.

— ممکن است یکی از کانالهای سرویکال بسته باشد و در موقع قاعدگی، خون، داخل حفره رحمی جمع شود (هماتومتری) و رحم به شکل رحم یک شاخ تصویر گردد.

— گاهی با وجود انسداد در کانال سرویکال ممکن است در همان رحم حامله شود، بدین ترتیب که تخم بارور شده از طرف دیگر وارد حفره عمومی شکم شده و سپس رحم را دور زده و از راه شکم در داخل لوله و رحم با سرویکس بسته جایگزین شود (trans abdominal migration) که بعلت عدم آشنائی با این نوع بارداری، که بسیار نادر

است، اکثراً جنین در شکم مادر از بین می‌رود.

علائم پرتونگاری

رحم دوپلکس به یک شکل نبوده و تصاویر گوناگونی دارد که در زیر توضیح داده می‌شود:

— کانال سرویکال و ایسم مشترک و هر دو حفره مجزا هستند (شکل ۹).

— سوراخ کول و کانال سرویکال مشترک و برعکس ناحیه ایسم و دو حفره رحم کاملاً از یکدیگر مجزا هستند (شکلهای ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴).

— سوراخ کول و نصف تحتانی کانال سرویکال مشترک و برعکس قسمت فوقانی کانال و ناحیه ایسم و حفره‌های رحمی مجزا از هم قرار دارند. (شکل ۱۵)

— سوراخ کول مشترک ولی دو سرویکس و هر دو ایسم و حفره رحمها دور از هم قرار دارند (شکل ۱۶).

— کانال سرویکال مشترک و ناحیه ایسم مجزا و آپلازی رحم (شکل ۱۷).

ج — رحم دو شاخ با یک سرویکس Uterus Bicornis Unicollis

این ناهنجاری بعلت اختلال در چسبیدن قسمتی از مجرای مولرین ایجاد می‌شود. حفره رحمی دو شاخ مجزا دارد و به هر شاخ یک لوله متصل میشود ولی کانال سرویکال آنها مشترک است.

— رحمهای دو شاخ یکی از شایعترین ناهنجاریهای مادرزادی هستند که نازائی، سقط و زایمانهای سخت را سبب میشود.

— میزان شیوع آن ۱۳/۶ درصد از کل ناهنجاریهای رحمی را تشکیل میدهد.

علائم پرتونگاری

در هیسترو سالینگوگرافی، پس از تزریق ماده حاجب، رحم و هر دو لوله از ماده حاجب پر میشود. حفره رحم به شکل طبیعی نبوده و در آن دو شاخ کاملاً مجزا و دور از هم دیده میشود (شکلهای ۱۸ و ۱۹). اطلاع از اندازه شاخها و فاصله بین آنها از نظر جراحی مهم است و بنابراین تفسیر آن در گزارش کلیشه‌های پرتونگاری لازم است. رحم دو شاخ به اشکال مختلف به شرح زیر دیده میشود.

رحم بی کورن با شاخ کوچک

رشد یکی از شاخهای رحمی — در مقایسه با طرف مقابل — کوچک rudimentary تصویر میگردد. (شکلهای ۲۰ و ۲۱).

— رحم بی کورن با شاخهای نزدیک بهم (شکل ۲۲).

— شاخهای رحمی از هم بسیار دوراند بطوریکه این شاخها مانند دو

بال عقاب در حال پرواز Fling eagle در طرفین حفره لگن گسترده شده‌اند. (شکل ۲۳).

رحم آتی بیک *atypical uterus bicornis*

— نگارندگان در مدت حدود بیست سال کار مداوم در بخشهای رادیولوژی به شکلهای خاصی از رحم بی شاخ برخورد کرده اند که در نوشتارهای پزشکی به آنها اشاره نشده است. ما، این نوع رحم ها را که شباهت نزدیک به رحمهای دو شاخ داشتند، رحمهای بی شاخ آتی بیک نامگذاری کردیم، که سه گروه شاخص از آنها در زیر توضیح داده می شود:

— کانال سرویکال گشاد و طویل و در امتداد کانال، تصویر یک حفره دیده میشود. در قسمت تحتانی این حفره رحمی، حفره کوچک دیگری به شکل شاخه جدا شده از تنه درخت مشهود است (شکل ۲۴).
— بدنه رحم استوانه ای، نامرتب و مانند تنه درخت نامرتب و گره دار و در قسمت فوقانی آن دو حفره کوچک مجزا دیده میشود. یکی از حفره ها چهار گوش و دیگری دوکی شکل بوده و هر دو با یک مجرای باریک به بدنه رحم متصل هستند؛ لوله ها کوتاه و هیپوپلازیک میباشند. (شکل ۲۵).

— قسمت مرکزی رحم به شکل کانال استوانه ای با مجرای لوله ای شکل با دانسیته زیاد از ماده حاجب پر شده است. شاخه ها پهن، طویل و مجزا از هم قرار دارند. به عبارت دیگر رحم به شکل پرنده ای با بالهای پهن گسترده مشاهده میشود (شکل ۲۶).

تشخیص افتراقی

رحم سپتوم دار نا کامل

گاهی حفره رحم به وسیله دیواره، دو قسمت شده که با رحم بی کورن اشتباه می شود. در این حالت دو شاخ رحمی به یکدیگر نزدیک شده و فقط دیواره در وسط دو حفره قرار دارد.

فیبروم فوندوس.

ممکن است در رأس رحم یک فیبروم فشار دهنده وجود داشته باشد که حفره رحم را به دو بخش تقسیم نماید (شکل ۲۷). در چنین مواردی فوندوس رحم به علت فیبروم، نامنظم است. پرتونگاری در وضعیت مایل به تشخیص کمک می کند.

د) رحم قوسی شکل *Uterus Arcuatus*

در این ناهنجاری قسمت فوقانی مجرای مولر بهم نمی چسبد. در پرتونگاریها، حفره رحم بشکل طبیعی نبوده و در فوندوس فرورفتگی قوسی شکل دیده می شود. گاهی بطور طبیعی و یا در زنان چندزا فرورفتگی در قله رحم دیده می شود که با رحم قوسی شکل نباید اشتباه شود.

اگر خطی از دو گوشه فوقانی رحم عبور دهیم و فاصله قسمت فرورفته تا این خط از یک سانتیمتر بیشتر باشد این فرورفتگی را می توان رحم قوسی شکل ناشی از ناهنجاری کانالهای مولرین به حساب آورد (شکلهای ۲۸ و ۲۹).

ذ) رحم دندانه ای *Uterus Dentatus*

این نوع ناهنجاری بسیار نادر است و فقط یک نوع از آن در بیمارستان زنان دیده شده است. در قسمت میانی فوندوس تصویر مثلی شکل دیده می شود که قاعده در بالا و رأس آن در پائین قرار دارد. (شکل ۳۰)

۳) عدم جذب کامل دیواره

این ناهنجاری در هفته ۱۳ — ۱۸ دوره جنینی پیش می آید.

الف) رحم دیواره دار کامل *Uterus Septus*

— عدم جذب کامل دیواره بین مجاری مولر باعث می شود که جسم رحم و کانال سرویکال به دو بخش مجزا قسمت شود.

— میزان سقط در این بیماران زیاد است. بارداری در یک شاخ ممکن است باعث هیپرتروفیه شاخ دیگر شود و مانند تومور تخمدان زایمان را دچار اشکال نماید. عوارض زایمانی مانند قرار گرفتن جنین بطور عرضی، زایمان ته، انقباضات رحمی، سفتی سرویکس، اینرسی و جمع نشدن رحم بعد از زایمان ممکن است پیش آید.

— در هیسترو سالپنگوگرافی ماده حاجب وارد کانال سرویکال و رحم هر دو طرف شده و حفره رحم و سرویکس نزدیک هم قرار دارند و فقط دیواره نازک بین دو قسمت مشاهده می گردد که نباید با رحم دوگانه اشتباه شود (شکل ۳۱).

ب) رحم دیواره دار ناقص *Uterus Suseptus*

ممکن است دیواره بصورت ناقص در حفره رحم باقی بماند. این ناهنجاری ممکن است سبب قرار گرفتن جنین بطور عرضی و یا مایل در حفره رحم گردد. (شکلهای ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵).

۴) رحمهای مرتبط *Communicating uterus*

رحمهای مرتبط از ناهنجاریهای نادر دستگاه تناسلی هستند که میزان شیوع آن از رحمهای دو شاخ و یک شاخ بسیار کمتر است. این بیماران دارای دو حفره رحمی و دو سرویکس، همراه با یک یا دو مهبل مجزا می باشند که رحمها از ناحیه ایسم بهم ارتباط دارند. در سال ۱۹۳۹ برای اولین بار کارینگتون *Carrington* و برلینگتون *Burlington* ارتباط بین دو رحم را در نزد دختری ۱۸ ساله گزارش کردند. و در سالهای بعد موسست *Musset* و مولر *Muller* در این زمینه تحقیقاتی انجام دادند.

تقسیم بندی های متعددی از طرف مولفین مختلف ارائه شده که تقسیم بندی مانی *Monie* و سیگوردسون *Sigurdson* در زیر شرح داده می شود:

تقسیم بندی مورفولوژیک رحمهای مرتبط

الف) سپتوم مهبل، سرویکس و رحم و اتصال در ناحیه ایسم

Uterus communicans septus, ceruix septa,

vagina septa: type I

یکدیگر ارتباط دارند و دارای یک مهبل می‌باشند (شکل ۳۹).

بحث کلی درباره رحمهای مرتبط

تشخیص قطعی رحمهای مرتبط توسط هیسترو سالیپنگوگرافی داده می‌شود که بایستی با تکنیک صحیح و با دقت انجام شود.

— این ناهنجاریها — بجز نوع دوم — علائم بالینی ندارند. باید توجه داشت که در نوع دوم مهبل بسته است و خون داخل آن جمع می‌شود. در معاینه بالینی، توده‌ای در جدار مهبل لمس می‌شود که اگر سوراخ بین دو حفره رحمی بزرگ باشد ترشحات و خون از طرف باز مهبل خارج می‌شوند. واژن بسته مخزنی می‌شود که میکروبوها در آن رشد کرده آبه، التهاب لوله‌های رحم (Salpingitis) ایجاد می‌گردد و علائم عفونت حاد مانند زیردل درد، تب و ترشحات چرکی و بدبو بروز می‌کند. و تا زمانی که انتهای مسدود مهبل از طریق جراحی، باز نشود درمان نتیجه نخواهد داد.

— ارتباط بین دو رحم در ناحیه ایسم در نتیجه اختلالاتی است که در ۲/۳ تحتانی مجاری مولر در هفته‌های ۱۲ تا ۱۶ جنینی و در مرحله چسبندگی مجاری پیش می‌آید.

— گاهی موارد تراتوژن باعث اختلال در نزدیک شدن، بهم چسبیدن و از بین رفتن دیواره بین دو مجرای مولر می‌شوند. چنانچه این مواد تراتوژن، در طول هفته دهم و یازدهم جنینی بکار برده شوند باعث ایجاد رحم مرتبط می‌شوند. اگر ماده تراتوژن کمی دیرتر اثر کند (قبل از پایان هفته ۱۳) در این صورت یک رحم دیواره دار با کانال سرویکال دیواره دار تشکیل می‌شود.

اگر ماده تراتوژن بین هفته چهارم یا یازدهم اثر نماید ناهنجاری‌های دستگاه ادراری و تناسلی همزمان دیده می‌شوند.

۵) رحم بادبادکی

این ناهنجاری نسبتاً نادر است و علت آن با آنچه که قبلاً ذکر شده تفاوت دارد. در این نوع بیماری، ناهنجاری به صورت برآمدگی در قسمت میانی فوندوس وجود دارد و رحم به شکل بادبادک دیده می‌شود. از نظر اتیولوژی عده‌ای از پژوهندگان بر این باورند که این برآمدگی در قسمت میانی فوندوس به علت رشد بیش از حد کانال مولرین excessive mullerian canalisation در دوران جنینی می‌باشد که از نظر علائم بالینی بمانند سایر ناهنجاریها سبب نازائی، سقط و زایمانهای زودرس می‌شود. (شکل ۴۰)

رحم دارای دو حفره مجزا مانند رحم دو شاخ است ولی از خارج به شکل یک توده واحد دیده می‌شود و دیواره بین دو حفره جذب نشده و این دیواره، کانال سرویکال و مهبل را نیز به دو قسمت مساوی تقسیم می‌کند و در ناحیه ایسم سوراخی بیضی شکل به قطر ۵ تا ۶ میلی‌متر دیده می‌شود.

در هیستروسالیپنگوگرافی، پس از تزریق ماده حاجب، رحم به خوبی مشخص می‌شود. در این نوع، شاخهای رحمی نسبتاً نزدیک بهم، دو سرویکس دور از هم که اغلب غیرقرینه هستند و از ناحیه ایسم با یکدیگر ارتباط دارند (شکل ۳۶).

ب — دو حفره، دو سرویکس و دو مهبل مجزا و اتصال در ناحیه ایسم با انسداد در انتهای یکی از مهبلها
Uterus communicans bicornis, cervix duplex vagina septa unilateral atresia: Type II

— در این ناهنجاری، رحم دو شاخ همراه با کانال سرویکال مجزا دیده می‌شود؛ هر دو حفره رحم به یک اندازه و قرینه‌اند و در ناحیه ایسم با هم ارتباط دارند و دو مهبل بوسیله دیواره از هم مجزا می‌شوند. نکته جالب اینکه، انتهای یکی از مهبلها مسدود است (شکل ۳۷ و ۳۸). اغلب این ناهنجاری با آرنزی دستگاه ادراری همراه است.

نوع دوم

در این تقسیم بندی نوع دیگری نیز دیده می‌شود که در آن تغییرات رحم مانند بالاست فقط سرویکس دیواره ندارد بلکه سرویکس دوتائی و دور از هم قرار دارند.

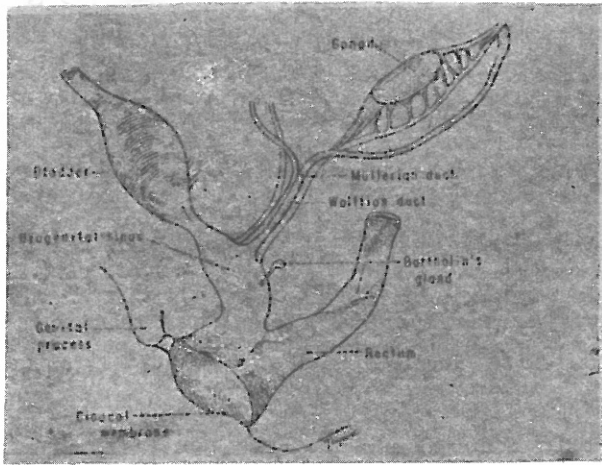
ج) دیواره رحم و واژن و سرویکس دوتائی

Uterus communicans septus, cervix duplex vagina septa: type III

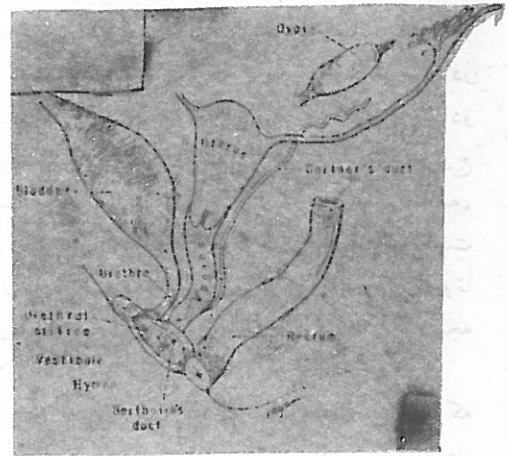
یک رحم دیواره دار همراه با دو سرویکس که از هم فاصله دارند و دو حفره رحمی در ناحیه تنگه (ایسم) به یکدیگر متصل‌اند و مهبل نیز دیواره دارد و انتهای هر دو مهبل به خارج بازمی‌شود.

د) رحم دو شاخ همراه با یک سرویکس دیواره دار و یک مهبل

رحم دو شاخ همراه با یک سرویکس دیواره دار که در ناحیه ایسم با

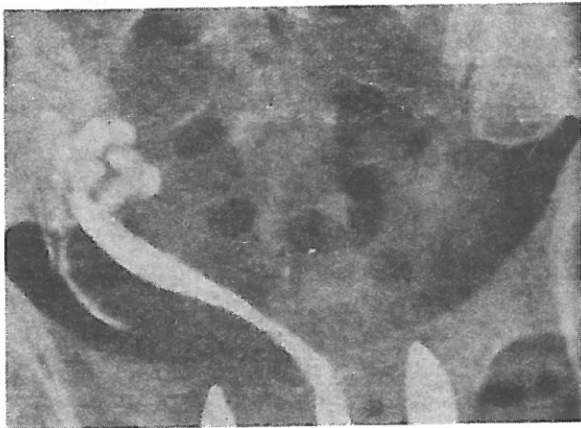


شکل ۱ ب

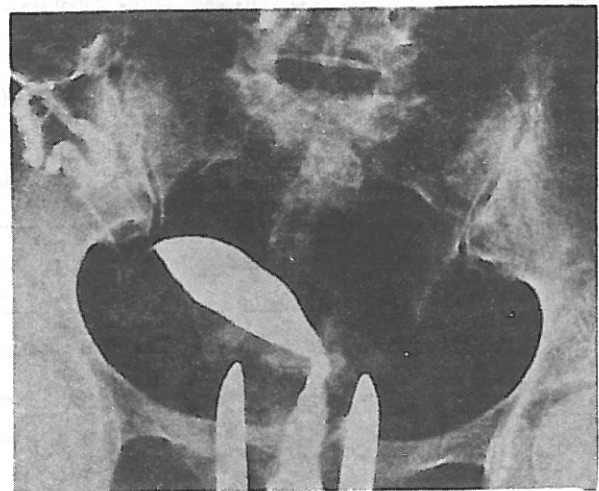


شکل ۱ الف

شکل ۱، الف و ب. تفاوت سیستم تناسلی مذکر و مؤنث را در جنینی که طول آن ۱۲ تا ۱۴ میلیمتر است نشان داده می شود

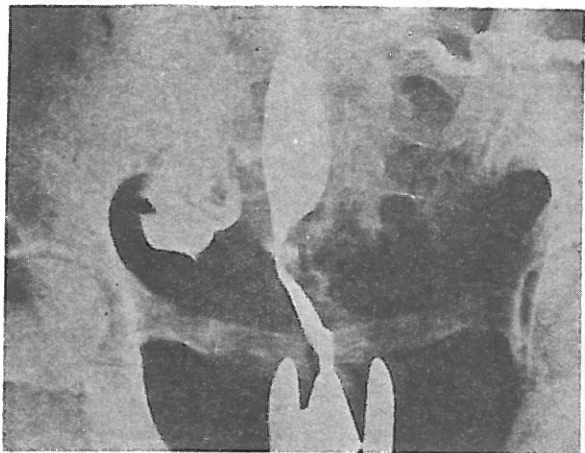


شکل ۳



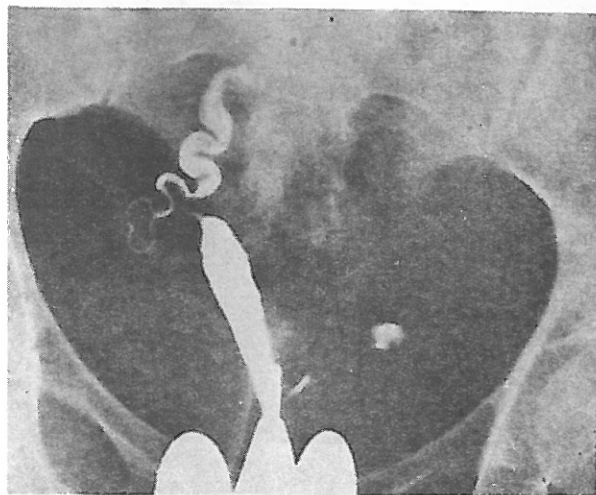
شکل ۲

شکل ۲ و ۳. رحم یک شاخ

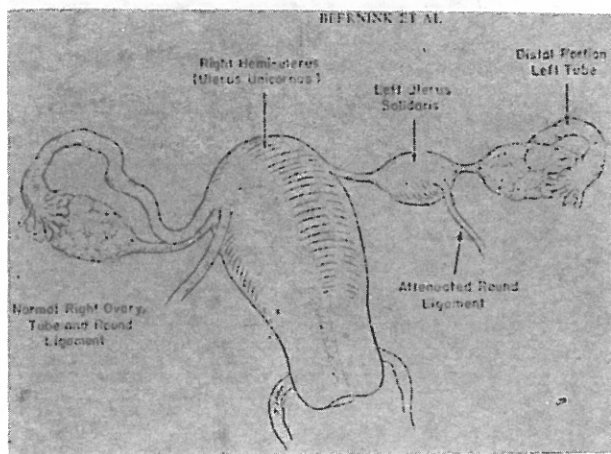


شکل ۵

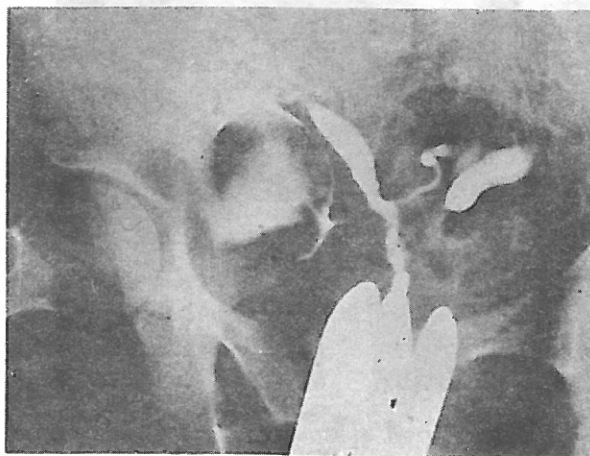
شکل ۵ و ۶. حفره رحم در اثر چرخش، از پهلو به شکل رحم یک شاخ مشاهده می‌شود



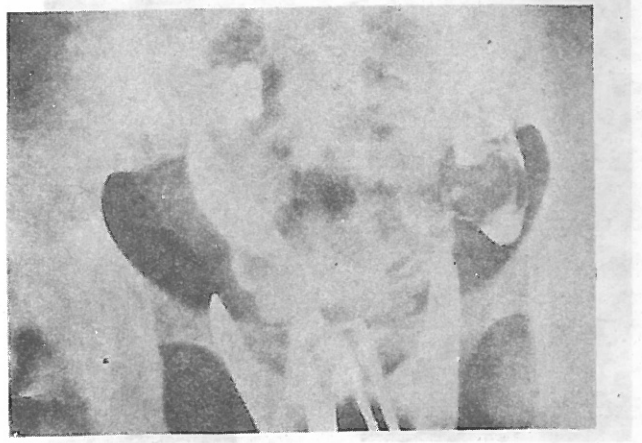
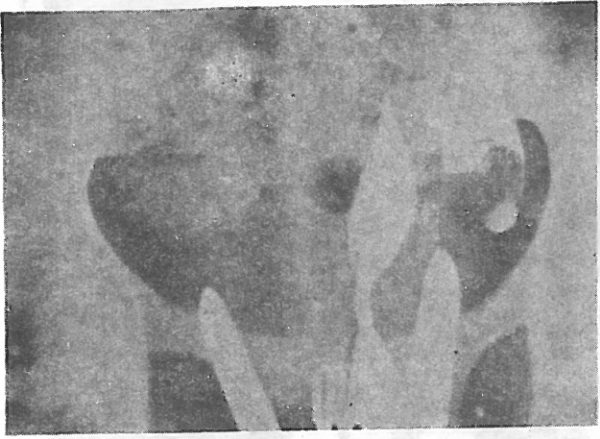
شکل ۴. شاخ بزرگ در خط وسط قرار دارد که رحم کوچکی نیز در طرف چپ و پایین دیده می‌شود



شکل ۷. رحم توپر



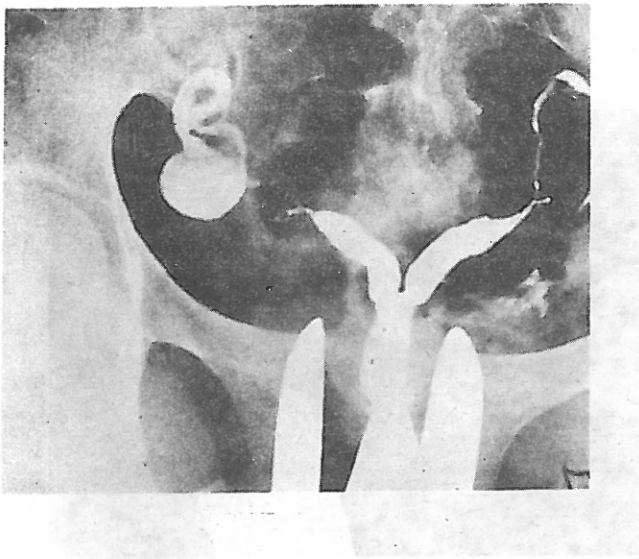
شکل ۶



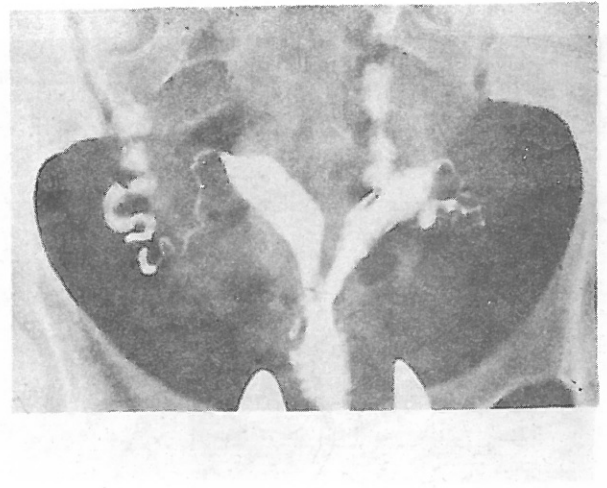
شکل ۸

شکل ۹

شکل ۸، ۹ رحم دوتایی

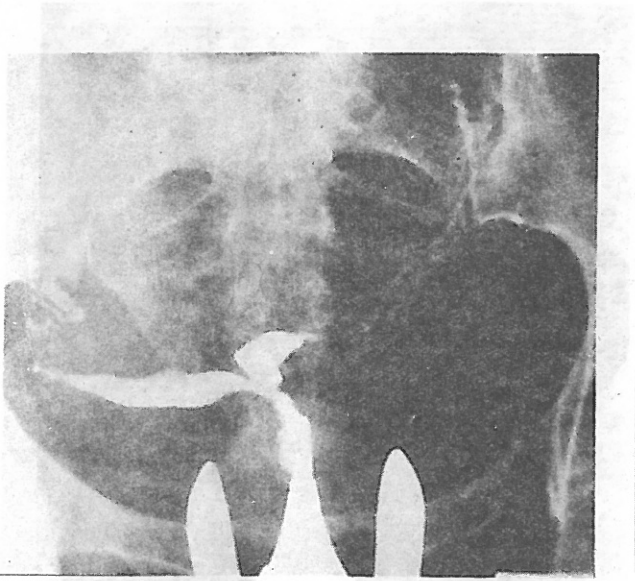


شکل ۱۱

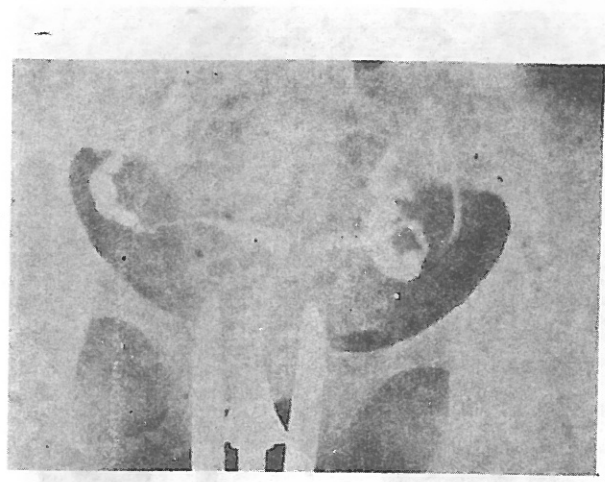


شکل ۱۰

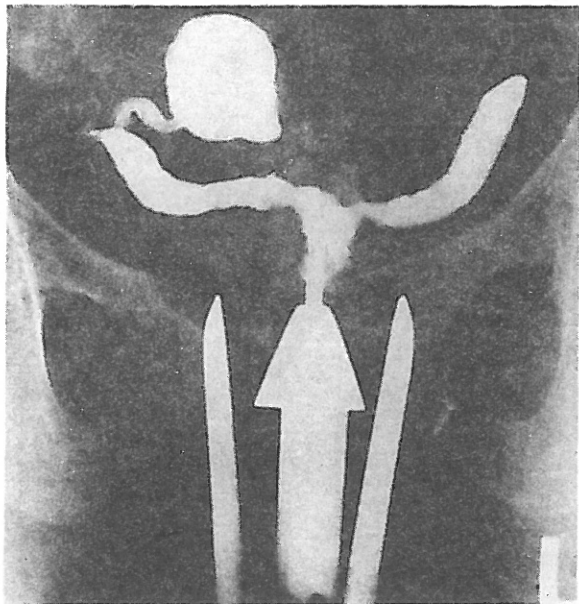
شکل ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴. رحم دو پلکس



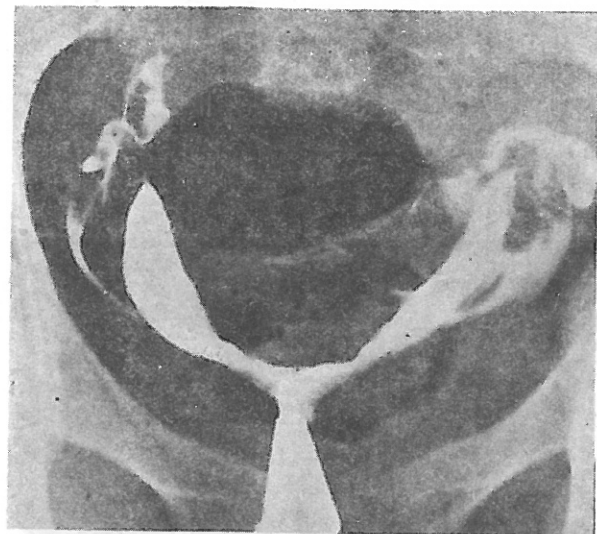
شکل ۱۳



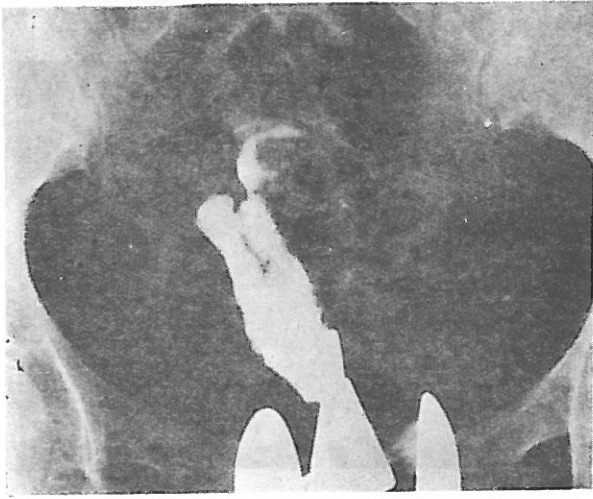
شکل ۱۲



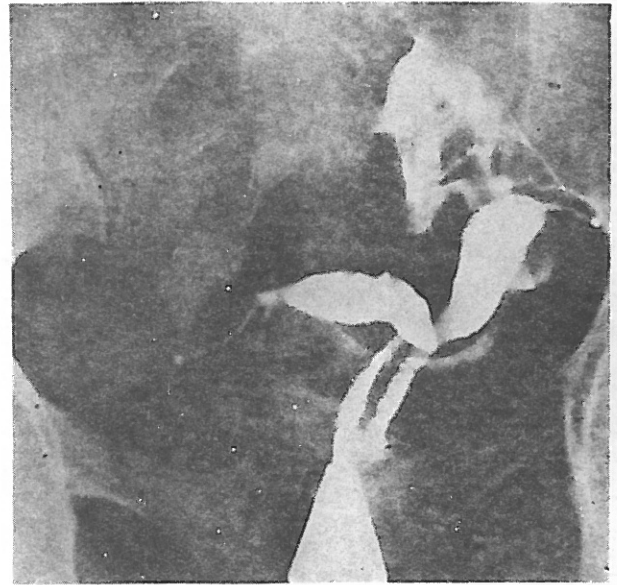
شکل ۱۵. رحم دوبلکس



شکل ۱۴

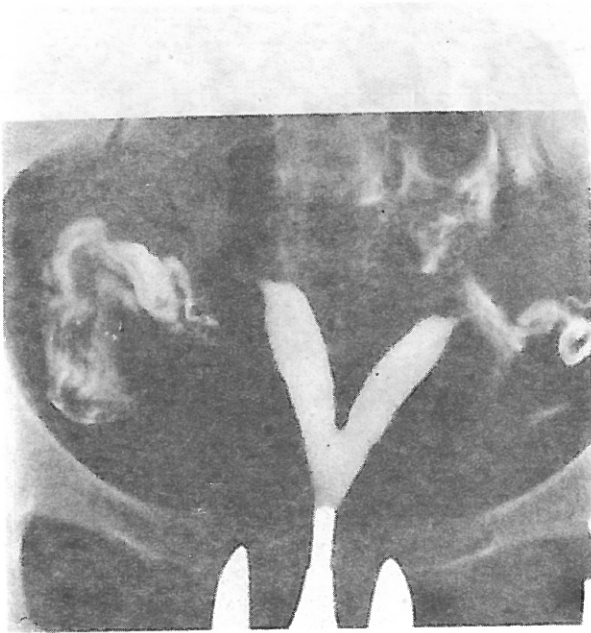


شکل ۱۷



شکل ۱۶

شکل ۱۶ و ۱۷. رحم دو پلکس

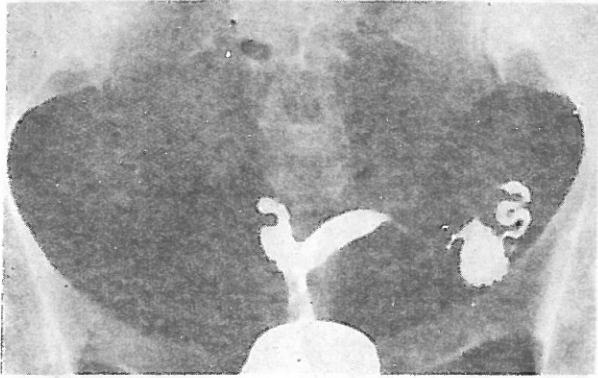


شکل ۱۹

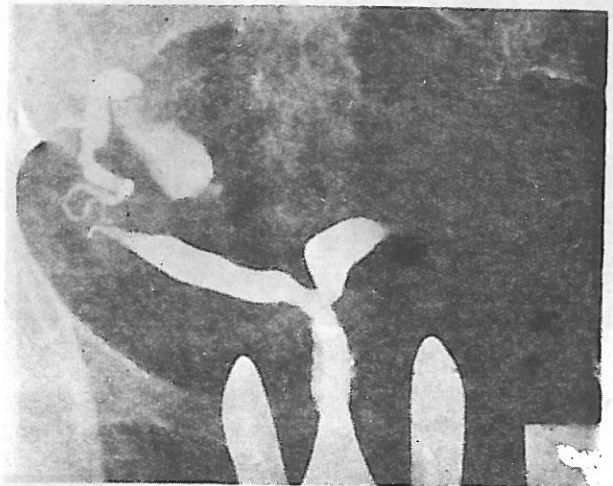


شکل ۱۸

شکل ۱۸ و ۱۹. رحم دو شاخ

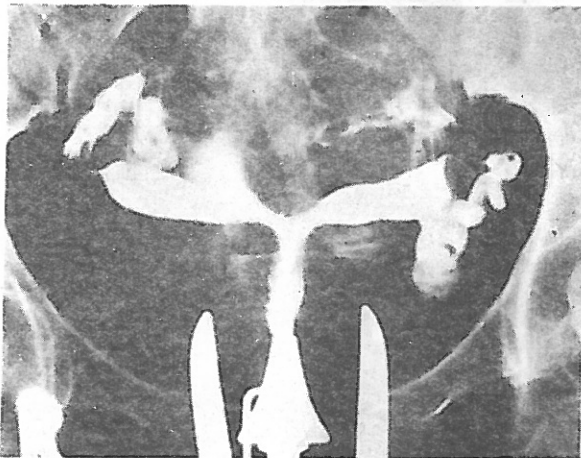


شکل ۲۱

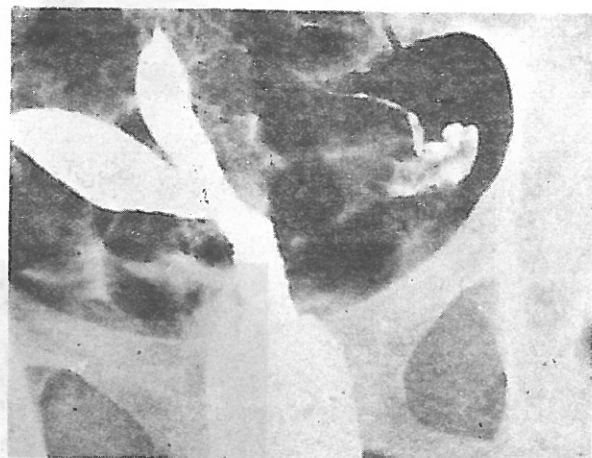


شکل ۲۰

شکل ۲۰ و ۲۱. رحم دوشاخ که یکی از شاخها کوچک است.

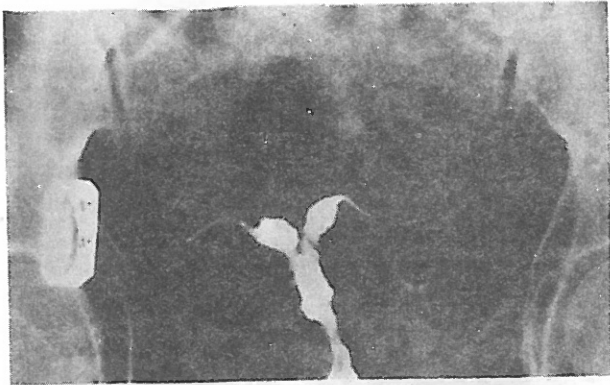


شکل ۲۳

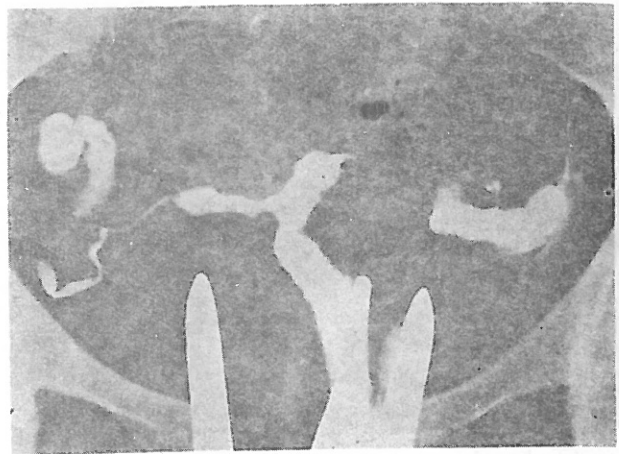


شکل ۲۲

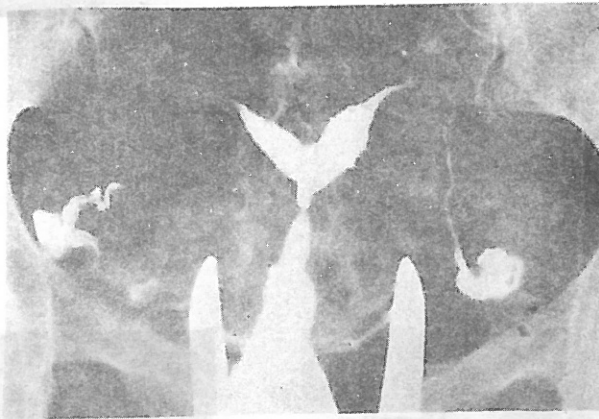
شکل ۲۲ و ۲۳. رحم دوشاخ



شکل ۲۵

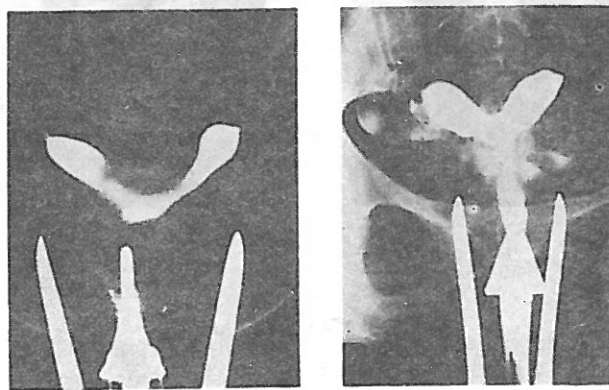


شکل ۲۴

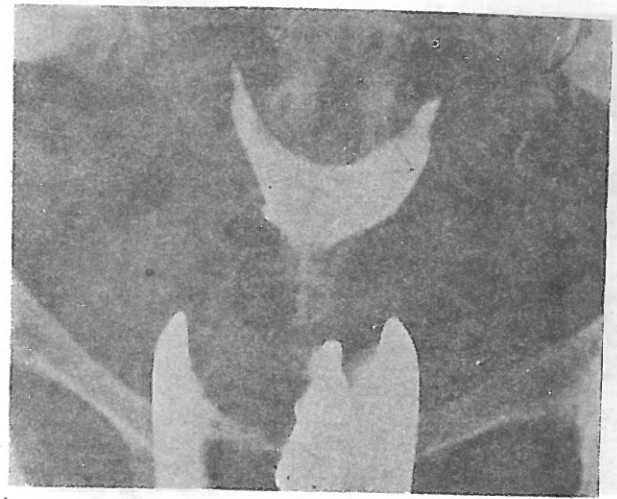
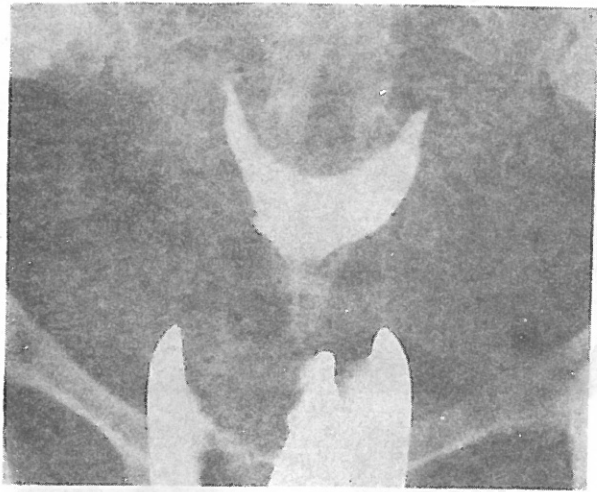


شکل ۲۶

شکل ۲۴، ۲۵، ۲۶. رحم دو شاخ آتی بیک



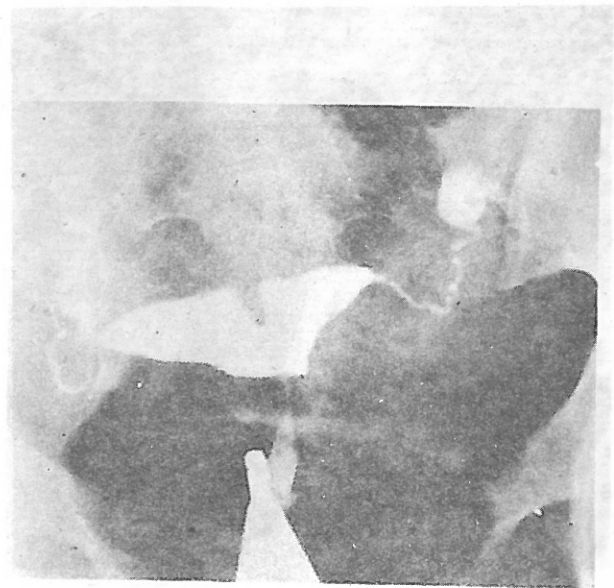
شکل ۲۷. راست: رحم دو شاخ طبیعی؛ چپ: میوم در فوندوس



شکل ۲۸

شکل ۲۹

شکل ۲۸ و ۲۹. رحم قوسی شکل



شکل ۳۰

شکل ۳۱

شکل ۳۱. رحم دیواره دار

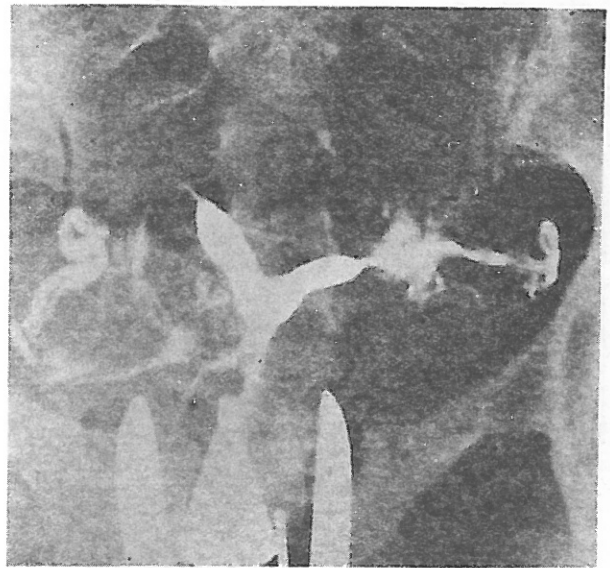
شکل ۳۰. رحم دندانهای



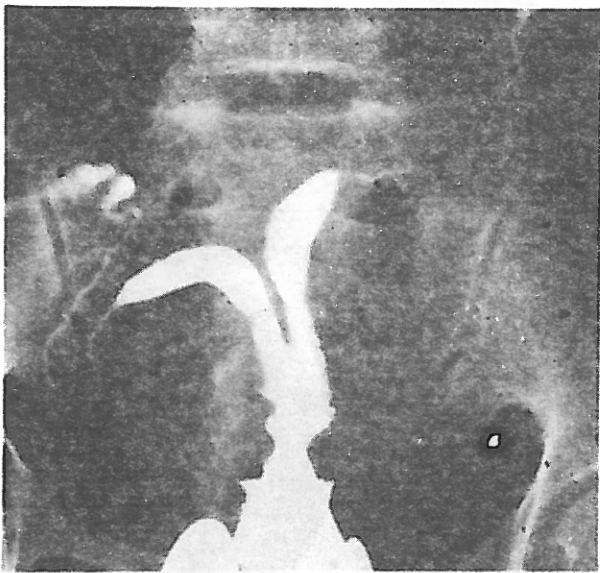
شکل ۳۲



شکل ۳۳

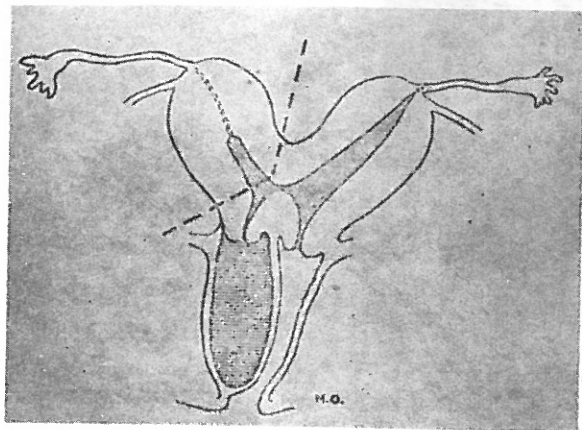


شکل ۳۴

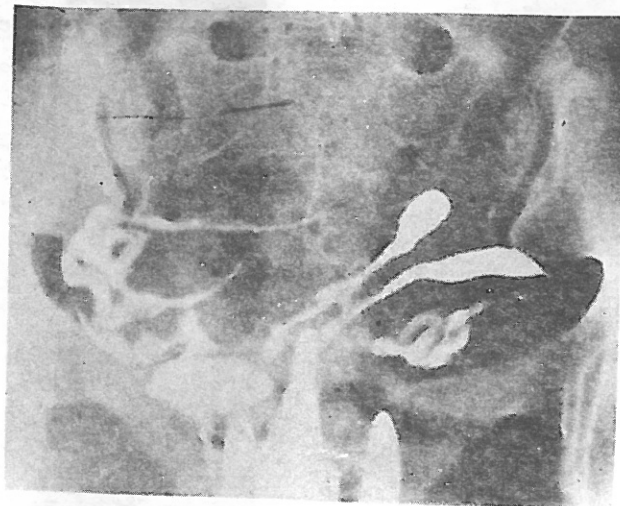


شکل ۳۵

شکل ۳۲، ۳۳، ۳۴ و ۳۵. رحم دیواره دار ناکامل

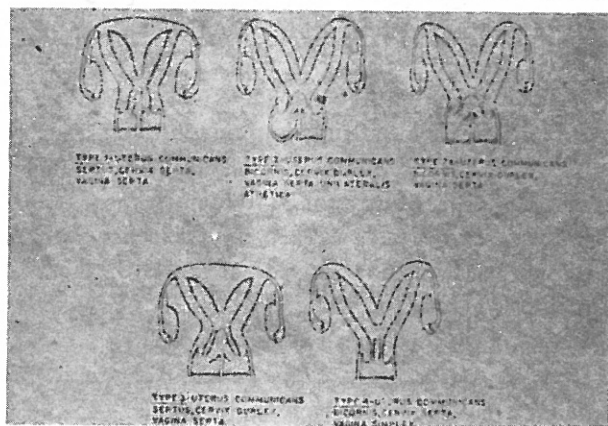


شکل ۳۷

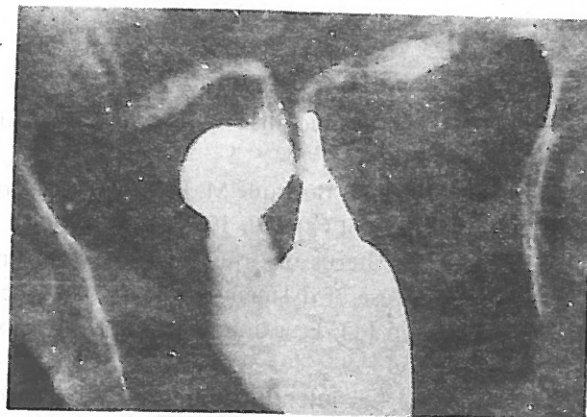


شکل ۳۶. رحمهای مرتبط

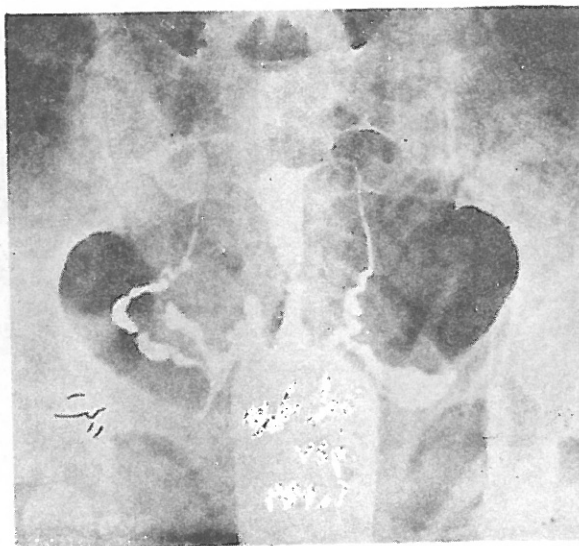
شکل ۳۷ و ۳۸. رحمهای مرتبط



شکل ۳۹. رحمهای مرتبط



شکل ۳۸



شکل ۴۰. رحم بادبادکی

مراجع

1. Hay D: Uterus unicollis and its relationship to pregnancy. *J Obst & Gynecl Brit Commonwealth* 68:361, 1961
2. Rosenberg S M, Bourque M, Riddick D H: Double uterine septa. A previously undescrable entity. *Obstet Gynecol* 58: 250, 1981
3. Farber M: Uterus bicornis unicollis with a noncommunicating rudimentary uterine horn. An unusual cause of dysmenorrhea. *Int J Gynecol Obstet* ii: 190, 1973
4. Williamson J G: True unicornate uterus. A report of two Pregnancies. *Int J Gynecol Obstet* ii: 253, 1973
5. Musset R: Les retentions menstruelles par malformation du tractus genital. Role de l'isthmus uterin dans le declenchement des troubles. *Cah Med Lyonn* 50: 1367-78, 19 Avril 1978
6. Musset R et al: Malformations congenitales du vagina de l'isthme et du col uterin. *Encyclopedie Medico-Chirurgical* 120 A 10, 1973
7. Musset R et al: Necessite d'une dassification globale des malformations uterines. Les malformations urinaires associees, Interé de certaines particularitiés à la lumiere de 141 cas. *Gynecol Obstét Paris*, 66: 145-66 avril-mai 1967
8. Robert H G et al: Le cloisonnement sagital genital et urinaire aver communication uro-genitale unilaterale: A propos des quatre obseruations. *Gynecol Obstet Paris*, 65: 269-82, juin-aout 1966

9. Burtram V C Jr, Gibbons W E: Mullerian anomalies: A proposed classification. (An analysis of 144 cases). *Fertil Steril* 32: 40, 1979
10. Heinomen P K, Saarikoski S: Reproductive performance of women with uterine anomalies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 61: 157, 1982
11. Alvio M. Siegler: Hysterosalpingography. *Journal of Fertility and Sterility* vol 10 No 2 August 1983
12. Samuel R: Uterosalingography in gynecology. U.S.A, Charles C Thomas, 1965
13. Musset R, Poitout, P, Netter A, Rioux J E: Précis D'hysterosalpingographie. Les presses de l'université Laval, 1977
14. Brown D C, Nelson R F: Uterus didelphys and double vagina delivery of a normal infant from each uterus. *Can Med Assoc J* 98: 675, 1967
15. Becléré C, Favollé G: L'Hysterosalpingographie Masson edit, Paris, 1961
16. Gaultier J P: A propos de 99 lasion congenitales et tumorales de la trompe, de fallope. Thèse Paris, 1955
17. Haveya, Hommond C, Soules M, Creasnon W: Diethylstilboestrol induced upper genital tracts abnormalities. *Fertil Steril* 31: 142-149, 1979
18. Kaufman R, Binder G, Milton Gray P, Adame: Upper genital tract changes associated with exposure in utero to diethylstilbestrol. *Am J Obst Gyn* 128: 51-54, 1977
19. Palmar R: Hypoplasia et malformation de l'appareil genital intére de la femme. Masson edit Paris, 1964
20. Weston W J: Radiographic demonstration of Gartner's ducts, *Brit J Radiology* 33: 371.373, 1960