



ISMJ 2014;17(5): 1038-1044

دوماهنامه طب جنوب

پژوهشکده زیست-پزشکی خلیج فارس

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

سال هفدهم، شماره ۵، صفحه ۱۰۴۴ - ۱۰۳۸ (آذر و دی ۱۳۹۳)

گزارش یک مورد هرنی لوله به داخل کانال اینگوینال در بیمار با رحم تک شاخ

مریم اصغر نیا^۱، زیبا ظهیری^{۱*}، فریبا میربلوک^۲، فاطمه حسین زاده^۲، سیده فاطمه دلیل حیرتی^۳

^۱ گروه نازایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

^۲ گروه زنان و زایمان، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

^۳ گروه مامایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

(دریافت مقاله: ۹۱/۱۲/۱۷ - پذیرش مقاله: ۹۲/۳/۲۱)

چکیده

زمینه: وجود تخمدان، لوله رحمی یا رحم درون کانال اینگوینال در زنان در سنین باروری وضعیتی نادر است. هدف از مطالعه معرفی یک مورد ناهنجاری رحمی نادر است.

معرفی بیمار: خانمی ۳۱ ساله با ۵ سال نازایی اولیه مراجعه نموده است. در بررسی‌های انجام شده، بیمار دارای رحم تک شاخ بدون شاخ فرعی بوده که لوله رحمی چپ در داخل کانال اینگوینال بوده است و توسط لاپاراسکوپی تشخیص داده شد.

نتیجه‌گیری: پزشکی که در زمینه نازایی کار می‌کند ممکن است با چنین یافته‌های غیرطبیعی برخورد نماید و بایستی به آن توجه گردد.

واژه‌گان کلیدی: کانال اینگوینال، لوله فالوپ، رحم تک شاخ

* رشت، خیابان نامجو، بیمارستان آموزشی درمانی الزهرا، طبقه اول، مرکز تحقیقات بهداشت باروری

مقدمه

سیستم اداری همراه بوده در صورت آژنزی یک طرفه رحم و یا اگر یکی از واژن‌های دوگانه کور باشد ناهنجاری‌های ارولوژیک در همان سمت شایع است و در یک سوم موارد زنان با نقایص مولر اختلالات شنوایی وجود دارد که به‌طور مشخص از نوع نقایص شنوایی حسی-عصبی در محدوده با فرکانس بالا هستند. وجود رحم تک شاخ با شاخ تکامل نیافته (Unicorn uterus with rudimentary horn) معمولاً نتایج فاجعه باری به‌دنبال دارد و با احتمال پارگی رحم قبل از هفته بیستم حاملگی همراه است (۲). بسیاری از ناهنجاری‌های رحمی از اهمیت زایمانی برخوردار هستند در صورت تکامل فقط یک مجرای مولر یا عدم اتصال مجاری مولر اغلب hemiuterus (نیم رحم) ایجاد می‌شود که قادر به اتساع کافی نیست و سبب سقط، حاملگی نابجا، حاملگی در شاخ تکامل نیافته، زایمان پره ترم، محدودیت رشد جنین، قرار غیرطبیعی جنین، اختلال عملکرد رحمی و یا پارگی رحم می‌گردد. در این بررسی موردی، بیماری با نازایی و تشخیص هرنی لوله چپ بداخل کانال اینگوینال همراه با رحم تک شاخ معرفی می‌گردد. (۳ و ۴).

معرفی بیمار

خانمی ۳۱ ساله - ۵ سال نازایی اولیه با پریدهای منظم و با حجم طبیعی و چندین دوره مصرف داروهای تحریک تخمک‌گذاری از قبیل کلومیفن و گنادوتروپین مراجعه نمود. در معاینه فیزیکی و معاینه واژینال نکته مثبتی وجود نداشت. داده‌های آزمایشگاهی قبل از عمل و همچنین آزمایش‌های عملکرد هورمونی در محدوده طبیعی بوده است. جهت بیمار سونوگرافی واژینال انجام شد. در

اختلالات تکاملی دستگاه تناسلی ناشی از ناهنجاری‌هایی هستند که در جریان رشد رویان (Embryogenesis) ایجاد می‌گردند. توالی زمان دقیق ژنی و ارتباط فضایی بین بافت‌های در حال تکامل دستگاه تناسلی جنین سبب روند تکامل طبیعی می‌شود. ارتباطات نزدیک مجاری مولرین (مجاری سازنده دستگاه تناسلی زنانه) و مزونفریک (مجاری سازنده دستگاه تناسلی مردانه) بسیار با اهمیت است و در صورت اختلال در تکامل هر یک از این سیستم‌ها، اغلب ناهنجاری‌هایی در شاخ رحم، کلیه و حالب ایجاد می‌شود. میزان بروز ناهنجاری‌های دستگاه تناسلی در همه زنان ۰/۵ درصد است (۱).

در مطالعه‌ای بر روی ۵۷۳۰۰۰ مورد در کل میزان بروز این ناهنجاری‌ها ۱ در ۲۰۰ بود (۱ در ۶۰۰ در زنان بارور و ۱ در ۳۰ در زنان نابارور). از نظر تشخیص معاینه روتین، گاهی به‌هنگام سزارین یا لاپاروسکوپی به‌هنگام بستن لوله‌ها کشف می‌گردند. روش‌های رادیولوژیک کمک‌کننده‌اند اما هر یک محدودیت‌های ویژه تشخیصی دارند و در نتیجه باید از این روش‌ها به‌صورت ترکیبی استفاده شود. سونوگرافی واژینال با وجود اختصاصی بودن فاقد حساسیت است، سونوهیستروگرافی، هیستروسکوپی و هیستروسالپینگوگرافی (HSG) از روش‌های تشخیصی رادیولوژیک هستند. گاهی از Magnetic Imaging Resonance (MRI) در تشخیص ناهنجاری‌های مادرزادی دستگاه ژنیتال زنانه و وسعت آن‌ها استفاده می‌شود که البته روشی پرهزینه است. ولی صحت تشخیصی را در ناهنجاری‌های مولر به ۱۰۰ درصد می‌رساند (۱).

اختلالات غیرقرینه دستگاه ژنیتال با ناهنجاری‌های

رحمی، عصب ایلویانگونیال از کانال اینگونیال رد شده و به لبی‌های بزرگ ولو می‌روند. در مردان بند بیضه (spermatic cord) که شامل وازدفران، شریان بیضه‌ای (testicular) و شاخه تناسلی عصب تناسلی-رانی (genitofemoral) از حفره لگنی به اسکروتوم می‌روند (۵).

به‌طور غیرمعمول، توده‌های فراوانی را از خوش‌خیم تا بدخیم می‌توان در کانال اینگونیال پیدا کرد. فتق کانال اینگونیال حاوی تخمدان‌ها معمولاً در بچه‌های زیر ۵ سال دیده می‌شود (۶). تخمدان‌های فتق شده ممکنست دچار چرخش (torsion) شود و گاهی ممکنست التهاب لوله (salpingitis) دیده شود که در این موارد با استفاده از دیدن عروق گنادی که با تکنیک‌های رادیولوژی در کانال اینگونیال مشهود است وجود تخمدان یا بیضه را می‌توان اثبات کرد (۵).

خانمی ۳۹ ساله با تخمدان و لوله در هرنی اینگونیال گزارش شده است که بعد از بیرون آوردن آنها علیرغم متورم بودن قابلیت حیات داشته در حفره پریتون با مش (mesh-plug repair) فیکس شده است (۵) و این مورد یکی از یافته‌های غیرمعمول در جراحی انجام شده برای فتق اینگونیال گزارش گردیده است.

در موارد نادر ساک فتق ممکن است حاوی آپاندیکس بوده و حتی آپاندیسیت وجود داشته باشد. گیر افتادن آدنکس در هرنی اینگونیال در زنان بالغ نادر است و بیشتر موارد این حالت در دوره کودکی گزارش می‌شود. این مشکل در ارتباط با ناهنجاری جنینی است. در دوران آمبریونز، گوبرناکولوم (gubernaculum) و لیگامان پهن به تخمدان وصل شده و از نزول آن از طریق کانال nuck (processus vaginalis peritonei) به لبی‌های بزرگ ولو جلوگیری به‌عمل می‌آورند. کانال nuck در

سونوگرافی رحم کوچک، تخمدان چپ بدون فلیکول دیده شد. تخمدان راست دیده نشد سرویکس منحرف به سمت چپ بود. جهت بیمار با شک به رحم تک شاخ لاپاراسکوپی تشخیصی انجام شد. در لاپاراسکوپی رحم لاتروورسه به چپ، تخمدان چپ در گوشه فوقانی رحم بود، لوله و تخمدان راست وجود نداشت. لوله چپ همراه با لیگامان گرد چپ به داخل کانال اینگونیال فرو رفته بود که با کلامپ لوله چپ بیرون آورده شد و dye test انجام شد لوله چپ ترشح داشت. در هیسترسکوپی انجام شده سوراخ ostium لوله چپ مشهود بود. به‌نظر فضای رحم دارای حفره با اندازه طبیعی بود و ostium راست مشهود نبود (unicorn uterus همراه با شاخ تکامل نیافته) (Unicornuate uterus without rudimentary horn). از آنجا که دلیل انجام لاپاراسکوپی بررسی نازایی بیمار بوده است و از سویی علائم بالینی به نفع فتق و برجستگی در ناحیه اینگونیال نداشت، وانگهی هیچ‌گونه رضایت‌نامه کتبی قبل از عمل جهت ترمیم جراحی فتق وجود نداشت، تعیین نوع فتق و ترمیم آن صورت نگرفت. در سونوگرافی انجام شده برای بررسی کلیه‌ها و مجاری ادرار، کلیه راست دفرمه و پایین‌تر از محل عادی گزارش شد.

بحث

کانال اینگونیال معبری کوتاه، باریک در قسمت تحتانی دیواره شکمی است که طول آن ۴ سانتی‌متر بوده با فاسیای سه عضله مایل خارجی (External oblique)، مایل داخلی (Internal oblique) و عضلات عرضی شکمی (transverse abdominalis) پوشیده می‌شود. از نظر آناتومیک به‌طور طبیعی در زنان لیگامان‌های گرد

کشاله ران تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند که مغایر با بیمار این بررسی می‌باشد.

فتق‌ها به دلیل افزایش فشار درون شکمی و ناهنجاری‌ها به دلیل بسته نشدن processus vaginalis ایجاد می‌شوند. عوامل خطر شامل سندرم مارفان، افزایش سطوح استروژن مادری و تغییرات متابولیک (دژنراسیون کلاژن) هستند. حدود ۶/۷ درصد فتق‌های اینگوینال در بالغین کولون و در ۰/۴ درصد موارد مثنائه، ۲/۹ درصد حاوی تخمدان‌ها (۷)، در ۱ درصد تمام موارد آپاندیکس است. آپاندیس حاد (Amyand hernia) ۰/۱۳ درصد تمام موارد آپاندیس‌ها را شامل می‌شود (۸).

فتق فمورال حاوی لوله رحمی incarcerated فوق‌العاده نادر است (۹) و در مقاله ای موردی از لوله رحمی incarcerated سمت راست گزارش شده است (۱۰). که در یک بیمار ۲۰ ساله بوده که با درد حاد شکمی طی ۶ روز قبل و تورم کشاله ران سمت راست مراجعه نموده بود و طی ۴۸ ساعت قبل از مراجعه این توده حساسیت شدید در لمس داشته است. بیمار یک روز قبل از مراجعه توسط ژنیکولوژیست خود معاینه شده بود و هیچ یافته ژنیکولوژیک خاصی یافت نشده بود و در زمان مراجعه بیمار با توده در کشاله ران سمت راست و حساس در لمس مراجعه کرده بود. و این مورد برخلاف بیمار کنونی است که در شرایط کاملاً انتخابی (elective) و بدون درد جهت لاپاراسکوپی به اتاق عمل فرستاده شد.

اولین مورد فتق اینگوینال حاوی لوله رحمی به تنهایی و بدون تخمدان در سال ۱۸۰۹ توسط مارک من (Markman) گزارش شده است (۱۱) و پس از آن تعداد کمی مورد مشابه گزارش شده که اغلب موارد در اطفال بوده‌اند و گیرگردن (incarceration)

هفته ۸ جنینی محدود شده و به دنبال آن تخمدان بین گوشه رحمی و حلقه اینگوینال داخلی متصل می‌ماند. اگر این کانال باز بماند تخمدان و لوله رحمی از طریق کانال با فشار داخل شکمی به ساک هرنی وارد می‌شود. فتق‌های اینگوینال لوله‌های رحمی و تخمدان معمولاً با ناهنجاری‌های دستگاه ژنیتال همراهند مثل عدم تشکیل (atresia) واژن، رحم، bicornuate و ناهنجاری‌های کلیوی.

در مطالعه‌ای گذشته‌نگر روی ۸۵۶ بیمار طی ۹ سال بر روی بیمارانی که از برجستگی در ناحیه اینگوینال شاکی بودند و تشخیص قطعی فتق اینگوینال در مورد آنها مطرح نبوده است انجام گردید و در این مطالعه پنج بیمار دارای محتوی غیرمعمول در کانال اینگوینال بودند و گزارش شدند. در این مطالعه کلیه بیماران با تشخیص فتق اینگوینال تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند که در سه تای آنها آپاندیکس در ساک فتق یافت شده است. آپاندیسیت حاد (Amyand's hernia) در یک مورد و در مورد دیگر Epiploic appendagitis بوده است. اما در بیمار کنونی، دلیل بررسی بیمار نازایی بوده است و بیمار علایم بالینی برجستگی در ناحیه اینگوینال به نفع فتق نداشت (۵).

در ۱۹۵۰ بیمار که در مرکز آموزشی درمانی Ataturk ترکیه تحت ترمیم هرنی قرار گرفته بود (طی سال‌های ۱۹۸۹-۲۰۰۴) محتویات ساک مورد بررسی قرار گرفت بیماران با محتویات غیرعادی شامل آپاندیکس- آپاندیسیت حاد- تخمدان لوله‌های رحمی و مثنائه در این بررسی اعلام شد. تخمدان و لوله‌های رحمی در ۷ بیمار یافت شد و بیماران بین ۷/۵ ماهگی تا ۷۴ سال بودند. ۴ تا در سمت راست و سه مورد سمت چپ بودند (۷). در این مطالعه نیز بیماران برای ترمیم فتق

موارد گیرکردن (incarceration) آدنکس در هرنی اینگوینال غیرمستقیم در بالغین نادر است و بیشتر موارد گزارش شده در جمعیت اطفال بوده که از زمان‌های قدیم گزارش شده است (۱۶ و ۱۷).

مورد گزارش شده در این مطالعه مشابه مقاله مورد ۱۵ است که بیمار با نازایی مراجعه نموده بود ولی در آن بیمار دارای رحم دو شاخ بوده و در لاپاراسکوپی انجام شده برای بیمار شاخ رحمی راست، لوله و تخمدان همان سمت ظاهر طبیعی داشتند اما شاخ چپ رحم، لیگامان تخمدانی چپ و قسمتی از لوله در کانال اینگوینال چپ بودند. در مورد یاد شده نیز ترمیم جراحی جهت فتق صورت نگرفت چرا که دلیل لاپاراسکوپی فقط بررسی نازایی بوده است. بنابراین در بررسی‌های نازایی همواره باید چنین مواردی مدنظر باشد.

محتوای فتق اینگوینال بسیار نادر و فقط تاکنون ۳ مورد آن گزارش شده است (۱۴-۱۲). در مجموع همیشه باید احتمال وجود ارگان‌های شکمی را درون ساک فتق مدنظر داشت مانند مثانه، امتوم، تخمدان، دیورتیکول Meckel، رحم، آپاندیکس vermiform یا حتی لوله‌های رحمی. در نتیجه در همه بیماران بایستی تاریخچه معاینه فیزیکی دقیق را مدنظر داشت تا بتوان در تشخیص افتراقی‌های مختلف تشخیص واقعی را در نظر گرفت (۱۵). یک مورد فتق لوله و شاخ رحم در یک زن در سنین باروری گزارش شده است که در خانمی ۲۳ ساله با نازایی با عملکرد نرمال تخمدانی بوده است و در لاپاراسکوپی انجام شده شاخ راست رحمی- لوله و تخمدان راست نرمال بودند اما آمبول لوله رحمی چپ و تخمدان چپ درون کانال اینگوینال بودند (۱۵).

References:

- Cunningham F. Gary, Leveno K.J, Bloom S.L, et al. Williams Obstetrics. 23rd ED. New York: MC Graw-Hill, 2010, 890-909. Reproductive tract abnormalities.
- Rolen AC, Choquette AJ, Semmens JP. Rudimentary uterine horn: obstetric and gynecologic implications. *Obstet Gynecol.* 1966; 27: 806-13.
- Michalas SP. Outcome of pregnancy in women with uterine malformation: evaluation of 62 cases. *Int J Gynaecol Obstet.* 1991; 35: 215-9.
- Ben-Rafael Z, Seidman DS, Recabi K, et al. Uterine anomalies. A retrospective, matched-control study. *J Reprod Med.* 1991; 36: 723-7.
- Ballas K, Koutoulis T, Skouras Ch, et al. Unusual findings in inguinal hernia surgery: report of 6 rare cases. *Hippokratia.* 2009; 13: 169-71.
- Huang CS, Luo CC, Chao HC, et al. The presentation of asymptomatic palpable movable mass in female inguinal hernia. *Eur J Pediatr.* 2003; 162: 493-5.
- Gurer A, Ozdogan M, Ozlem N, et al. Uncommon content in groin hernia sac. *Hernia.* 2006; 10: 152-5.
- Bhosale PR, Patnana M, Viswanathan C, et al. The inguinal canal: anatomy and imaging features of common and uncommon masses. *Radiographics.* 2008; 28: 819-35.
- Hachisuka T. Femoral hernia repair. *Surg Clin North Am.* 2003; 83: 1189-205.
- Atmatzidis S, Chatzimavroudis G, Dragoumis D, et al. Incarcerated femoral hernia containing ipsilateral fallopian tube. *Case Report Med.* 2010; 741915.
- Markman M, Kennedy A, Webster K, et al. Combination chemotherapy with carboplatin and docetaxel in the treatment of cancers of the ovary and fallopian tube and primary carcinoma of the peritoneum. *J Clin Oncol.* 2001; 19: 1901-5.
- Smolentsev IA. Strangulation of a uterine tube in a femoral hernia. *Vestn Khir Im I I Grek.* 1973; 110:136.
- Parkes C.H. Femoral hernia of fallopian tube without ovary. *JAMA* 1910;55: 649-650.
- Devane JF. Fallopian tube found in femoral hernia. *The Lancet* 1916; 188: 805.
- Kokcu A, Malazgirt Z, Cetinkaya MB, et al. Presence of a uterine horn and fallopian tube within an indirect hernial sac: report of a rare

- case. *Hernia*. 2010; 14: 325-7.
16. Heineck AP. Hernias of the ovary, of the fallopian tube, and of the ovary and the fallopian tube: An analytical review of all undoubted cases of this nature reported in the French, German, and English medical literature from 1890 to 1910, inclusive, with a report of unpublished cases. *Surg Gynecol Obstet* 1912; 15: 63-71.
17. Mayer V, Templeton FG. Inguinal ectopia of the ovary and fallopian tube. Review of the literature and report of the case of an infant. *Arch Surg*. 1941; 43: 397-408.

Archive of SID

Case Report

A case report of fallopian tube into inguinal canal in patient with unicorn uterus

*M. Asgharnia*¹ .*Z. Zahiri*^{1*} .*F. Mirblouk*² ,. *F. Hosseinzadeh*² ,
*SF. Dalil Heirati*³

¹ Department of infertility, Reproductive Health Research Center, Guilan University of Medical Sciences

² Department of Obstetric & Gynecology , Reproductive Health Research Center, Guilan University of Medical Sciences

³ Department of Midwifery, Reproductive Health Research Center, Guilan University of Medical Sciences

(Received 7 Mar, 2013 Accepted 11 Jun, 2013)

Abstract

Introduction: Presence of the ovary, fallopian tube and uterus within an inguinal canal is a rare condition in women of reproductive age.

Case report: In this report we present a 31-year-old female with 5 years primary infertility who was admitted for infertility evaluation. We described a patient with unicornuate uterus without rudimentary horn and the left fallopian tube within the left inguinal canal diagnosed through laparoscopy.

Conclusion: The surgeon who works on infertility may encounter such unexpected intraoperative findings, and must call attention to these findings.

Key words: Inguinal canal, fallopian tube, unicorn uterus

Address for correspondence: Reproductive Health Research Center, Department of Obstetric & Gynecology, Al -Zahra Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Namjoo Street, Rasht, Guilan, IRAN. Email: drzibazahiri@yahoo.com

Website: <http://bpums.ac.ir>

Journal Address: <http://ismi.bpums.ac.ir>

www.SID.ir