



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

مریم اصغرنیا<sup>۱</sup>، زیبا ظهیری<sup>۱\*</sup>، فریبا میربلوک<sup>۲</sup>، فاطمه حسینزاده<sup>۲</sup>، سیده فاطمه دلیل‌حیرتی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> گروه نازایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

<sup>۲</sup> گروه زنان و زایمان، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

<sup>۳</sup> گروه مامایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

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

### چکیده

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

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

نتیجه گیری: پزشکی که در زمینه نازایی کار می کند ممکن است با چنین یافته های غیر طبیعی برخورد نماید و باستی به آن توجه گردد.

واژه گان کلیدی: کانال اینگوینال، لوله فالوب، رحم تک شاخ

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

سيستم ادراري همراه بوده در صورت آژنزي يک طرفه رحم و يا اگر يکي از واژنهای دوگانه کور باشد ناهنجاری های ارولوژيک در همان سمت شایع است و در يك سوم موارد زنان با نقایص مولر اختلالات شناوی وجود دارد که به طور مشخص از نوع نقایص شناوی 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 به دنبال دارد و با احتمال پارگی رحم قبل از هفته بیستم حاملگی همراه است (۲). بسیاری از ناهنجاری های رحمی از اهمیت زایمانی برخودار هستند در صورت تکامل فقط يك مجرای مولر یا عدم اتصال مجرای مولر اغلب hemiuterus (نیم رحم) ایجاد می شود 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 می گردد. در این برسی موردي، بیماری با نازایی و تشخیص هرنی لوله چپ به داخل کانال اینگوینال همراه با رحم تک شاخ معروفی می گردد. (۳ و ۴).

### معرفی بیمار

خانمی ۳۱ ساله - ۵ سال نازایی اولیه با پریودهای 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. داده های آزمایشگاهی قبل از عمل و همچنین آزمایش های عملکرد هورمونی در محدوده طبیعی بوده است. جهت بیمار سونوگرافی واژینال انجام شد. در

### مقدمه

اختلالات تکاملی دستگاه تناسلی ناشی از ناهنجاری هایی هستند که در جریان رشد رویان (Embryogenesis) ایجاد می گرددند. توالي زمان دقیق ژنی و ارتباط فضایی بين بافت های در حال تکامل دستگاه تناسلی جنین سبب روند تکامل طبیعی می شود. ارتباطات نزدیک مجرای مولرین (مجاری سازنده دستگاه تناسلی زنانه) و مزوتفریک (مجاری سازنده دستگاه تناسلی مردانه) بسیار با اهمیت است و در صورت اختلال در تکامل هر يك از این سیستم ها، اغلب ناهنجاری هایی در شاخ رحم، کلیه و حالب ایجاد می شود. میزان بروز ناهنجاری های دستگاه تناسلی در همه زنان ۵/۰ درصد است (۱).

در مطالعه ای بر روی ۵۷۳۰۰۰ مورد در کل میزان بروز این ناهنجاری ها ۱ در ۶۰۰ بود (۱ در ۲۰۰ در زنان بارور و ۱ در ۳۰ در زنان نابارور). از نظر تشخیص معاینه روتین، گاهی به هنگام سزارین یا لاپاروسکوپی به هنگام بستن لوله ها کشف می گرددند. روش های رادیولوژیک کمک کننده اند اما هر يك محدودیت های ویژه تشخیصی دارند و در نتیجه باید از این روش ها به صورت ترکیبی استفاده شود. سونوگرافی واژینال با وجود اختصاصی بودن فاقد حساسیت است، سونوھیستروگرافی، هیستروسکوپی و هیستروسالپینگوگرافی (HSG) از روش های تشخیصی رادیولوژیک هستند. گاهماً از Magnetic Imaging (MRI) در تشخیص ناهنجاری های مادرزادی دستگاه ژنتیال زنانه و وسعت آنها استفاده می شود که البته روشی پرهزینه است. ولی صحت تشخیصی را در ناهنجاری های مولر به ۱۰۰ درصد می رساند (۱).

اختلالات غیرقرینه دستگاه ژنتیال با ناهنجاری های

رحمی، عصب ایلیواینگوینال از کanal اینگوینال رد شده و به لبی‌های بزرگ ولو می‌روند. در مردان بند بیضه (spermatic cord) که شامل واژدفران، شریان بیضه‌ای (testicular) و شاخه تناسلی عصب تناسلی-رانی (genitofemoral) از حفره لگنی به اسکروتووم می‌روند (۵).

به طور غیرمعمول، توده‌های فراوانی را از خوش‌خیم تا بدخیم می‌توان در کanal اینگوینال پیدا کرد. فقط کanal اینگوینال حاوی تخدمان‌ها معمولاً در بچه‌های زیر ۵ سال دیده می‌شود (۶). تخدمان‌های فقط 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 کanal اینگوینال مشهود است وجود تخدمان یا بیضه را می‌توان اثبات کرد (۵).

خانمی ۳۹ ساله با تخدمان و لوله در هرنی اینگوینال گزارش شده است که بعد از بیرون آوردن آنها علیرغم متورم بودن قابلیت حیات داشته در حفره پریتوان با مش (mesh-plug repair) فیکس شده است (۵) و این مورد یکی از یافته‌های غیرمعمول در جراحی انجام شده برای فقط اینگوینال گزارش گردیده است. در موارد نادر ساک فقط ممکن است حاوی آپاندیکس بوده و حتی آپاندیسیت وجود داشته باشد. گیر افتادن آدنکس در هرنی اینگوینال 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 آمربیوزن، گوبرناکولوم (gubernaculum) و لیگامان پهن به تخدمان وصل شده و از نزول آن از طریق کanal nuck شده (processus vaginalis peritonei) به لبی‌های بزرگ ولو جلوگیری به عمل می‌آورند. کanal nuck در

سونوگرافی رحم کوچک، تخدمان چپ بدون فلیکول دیده شد. تخدمان راست دیده نشد سرویکس منحرف به سمت چپ بود. جهت بیمار با شک به رحم تک شاخ لپارسکوپی تشخیصی انجام شد. در لپارسکوپی رحم لاتروورسه به چپ، تخدمان چپ در گوشه فوقانی رحم بود، لوله و تخدمان راست وجود نداشت. لوله چپ همراه با لیگامان گرد چپ به داخل کanal اینگوینال فرو رفته بود که با کلامپ لوله چپ بیرون آورده شد و dye test انجام شد لوله چپ ترشح ostium داشت. در هیسترسکوپی انجام شده سوراخ لوله چپ مشهود بود. به نظر 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 لپارسکوپی بررسی نازایی بیمار بوده است و از سویی عالیم بالینی به نفع فتق و برجستگی در ناحیه اینگوینال نداشت، وانگهی هیچ‌گونه رضایت‌نامه کتبی قبل از عمل جهت ترمیم جراحی فقط 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

کanal اینگوینال معتبری 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 آنatomیک به طور 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 شامل سندرم مارfan، 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 مثانه، ۲/۹ درصد حاوی تخدمانها (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 incarcerate فوق العاده نادر است (۹) و در مقاله‌ای موردي از لوله رحمی incarcerate 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 کتونی 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 تنها بیان و بدون تخدمان در سال ۱۸۰۹ توسط مارکمن (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 تخدمان بین گوش رحمی و حلقه اینگوینال داخلی متصل می‌ماند. اگر این کانال باز بماند تخدمان و لوله رحمی از طریق کانال با فشار داخل شکمی به ساک هرنی وارد می‌شود. فتق‌های اینگوینال لوله‌های رحمی و تخدمان 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 محتوى 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 کتونی، دلیل بررسی بیمار نازایی بوده است و بیمار عالیم بالینی برجستگی در ناحیه اینگوینال به نفع فقط نداشت (۵).

در ۱۹۵۰ بیمار که در مرکز آموزشی درمانی Ataturk ترکیه تحت ترمیم هرنی قرار گرفته بود (طی سال‌های ۲۰۰۴-۱۹۸۹) محتویات ساک مورد بررسی قرار گرفت بیماران با محتویات غیرعادی شامل آپاندیکس-آپاندیسیت حاد- تخدمان لوله‌های رحمی و مثانه در این بررسی اعلام شد. تخدمان 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 اینگوئینال 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 لپارسکوپی انجام شده برای بیمار شاخ رحمی راست، لوله و تخدمان همان سمت ظاهر طبیعی داشتند اما شاخ چپ رحم، لیگامان تخدمانی چپ و قسمتی از لوله در کانال اینگوئینال چپ بودند. در مورد یاد شده نیز ترمیم جراحی جهت فقط صورت نگرفت چرا که دلیل لپارسکوپی فقط بررسی نازایی بوده است. بنابراین در بررسی‌های نازایی همواره باید چنین مواردی مدنظر باشد.

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

## References:

- Cunningham F, Gary, Leveno K.J, Bloom S.L, et al. Williams Obstetrics. 23 rd EDNwe Yourk: 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, Kontoulis 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 undoubtedly 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.

**Case Report**

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

**M. Asgharnia<sup>1</sup>. Z. Zahiri<sup>1\*</sup>. F. Mirblouk<sup>2</sup>, F. Hosseinzadeh<sup>2</sup>,**  
**SF. Dalil Heirati<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Department of infertility, Reproductive Health Research Center, Guilan University of Medical Sciences

<sup>2</sup> Department of Obstetric & Gynecology , Reproductive Health Research Center, Guilan University of Medical Sciences

<sup>3</sup> 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