Hysteroscopic Resection of Vaginal Septum in Didelphis Uterus with Hemi Obstructed Vagina

Dr. Anwar Darwish*

(Received 3 / 9 / 2020. Accepted 20 / 10 / 2020)

□ ABSTRACT □

Background: Uterus didelphys with hemi vaginal is a rare Mullerian anomaly occurring between the 12^{th} and 16^{th} week of gestation.
The excision of the vaginal septum is considered the treatment of choice per obstructed hemi vagina, conventionally performed using scissors and scalpel.
The hysteroscopic excision of vaginal septum in those with uterus didelphis has several advantages including feasibility, availability, effectiveness and preservation of virginity.
Objectives: This study was performed to clarify the new techniques ["Hysteroscopic resection"] for the management of these kind of female genital anomalies and to clarify for all advantages of this new technique especially for adolescent virgins.
Patients and methods: This study was performed in my private clinic with association with Al Assad university hospital, Tishreen University Hospital and many private hospitals in Latakia, including 8 adolescent patients with uterus didelphys and obstructed hemi vagina. Hysteroscopic resection of vaginal septum was performed for all patients and the outcomes were observed.
Results: The mean age of the patients was 14 years. The most common symptom was cyclic dysmenorrhea. The vaginal septum was rejected safely in all of the patients> The symptoms including cyclic dysmenorrhea and heatometra resolved after 3 months>
Conclusions: Hysteroscopic resection of the vaginal septum is an available, feasible, convenient and effective tool in the management of Uterus didelphis plus obstructed hemivagina which enables the surgeon to preserve the hymen integrity.

Keywords: Adolescents; Uterus didelphis; obstructed hemivagina; Hysteroscope.

* **Researcher - Obstetrician and Gynecologist, Subspecialty in Gynecologic Endoscopic Surgery, Tishreen University Hospital, Latakia, Syria.**

القطع الجراحي بواسطة جهاز منظار باطن الرحم للحجاب المهبلي في حال تضاعف الرحم مع انسداد مهبلي وحيد الجانب

د. أنور درويش*

(تاريخ الإيداع 3 / 9 / 2020. قُبِل للنشر في 20 / 10 / 2020)

□ ملخّص □

يعتبر تضاعف الرحم مع انسداد المهبل الخلقي وحيد الجانب تشوهاً نادراً لقناة موللر وهو يحدث بين الأسبوعين 12 و16 للحمل.

يعتبر القطع الجراحي العلاج الأمثل للتخفيف من جميع أعراض التشوه وهذا القطع إما أن يكون تقليدياً بالمقطع أو المشرط أو يكون بواسطة المنظار والذي يمتلك العديد من الحسنات منها سهولته وفعاليته وإمكانية المحافظة على غشاء البكارة.

الأهداف: تهدف الدراسة إلى الإضاءة على تقنية القطع بالمنظار في معالجة هذا النوع من التشوهات مع التأكيد على حسناتها خاصةً لدى المراهقات العذراوات.

المريضات والطرق: أجريت هذه الدراسة في عدة مشافي خاصة ومشفيين تعليميين (مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية ومشفى تشرين الجامعي بالإشتراك مع مشافي خاصة في محافظة اللاذقية) متضمنة ثمانية مريضات مراهقات لديهن تضاعف رحم مع انسداد مهبلي وحيد الجانب.

حيث أجري القطع بالمنظار لدى جميع المريضات وتمت مراقبة النتائج.

النتائج: إن متوسط العمر للمريضات كان 14 سنة، العرض الأكثر شيوعاً عسرة طمثية دورية حيث تم قطع الحجاب بشكل آمن لدى جميع المريضات، غابت الأعراض بعد ثلاثة أشهر مثل عسرة الطمث الشديد وتدلي المهبل.

الخاتمة: إن القطع بواسطة المنظار للحجاب المهبلي هو أداة متاحة وسهلة وملائمة وفعالة في تدبير تضاعف الرحم مع انسداد مهبل وحيد الجانب والذي يتيح للجراح إمكانية المحافظة على سلامة غشاء البكارة.

كلمات مفتاحية: مراهقات، تضاعف الرحم، منظار جوف الرحم، انسداد مهبل وحيد.

* **باحث – أخصائي نسائية وتوليد + اختصاص معمق في الجراحة التنظيرية. مشفى تشرين الجامعي، اللاذقية، سورية.**

مقدمة:

إن تضاعف الرحم مع انسداد مهبل وحيد الجانب هو تشوه لقناة موللر نادر الحدوث حيث ينشأ بين الأسبوع 12 والأسبوع 16 للعمر الجنيني.

هذا التشوه ينجم عن انفصال لقناة موللر مرتبطاً مع انسداد غير متناظر لهذه القناة (2.1). هذا الخلل يمكن أن يتظاهر بتضاعف جميع أجزاء المسير التناسلي الأنثوي. إن الانسداد في مهبل واحد سوف يسد المجرى الدموي من الرحم إلى الخارج مؤدياً إلى اختلاطات مثل تدمي المهبل والإنتان وتدمي الرحم والبوق، الذي يمكن أن يؤثر على الخصوبة عن طريق الإندومتريوز أو الداء الإلتهابي الحوضي (3).

إن التظاهرات السريرية الأكثر شيوعاً هي الألم الحوضي الذي يبدأ بشكل قصير بعد بدء الطمث، هذا الألم يترافق مع كتلة مهبلية أو حوضية مع ملاحظة حدوث طمث طبيعي ومنتظم لدى المريضة عبر الجهة المقابلة السليمة للمسير التناسلي الأنثوي.

كما أنه يتظاهر نادراً مع مفرزات مهبلية مزمنة أو عقم أو ألم بطني حاد أو إقياء أو ترفع حروري (5.3). عندما تتم إزالة الانسداد فإن كلا الرحم والبوق المتمددان يستأنفان وظيفتهما الطبيعية غالباً. لهذا فإن التشخيص المبكر والعلاج هو مسألة أساسية للحفاظ على الوظيفة التناسلية للمريضة (2.1).

حالياً يعتبر قطع الحجاب المهبلي للمهبل المسدود هو المعالجة المختارة، والطرق الكلاسيكية المتّبعة في ذلك كانت تعتمد على قص الحجاب بالمقص أو شفرة المبضع. لكن هاتين الطريقتين تبديان الكثير من الصعوبات عند اعتمادها لدى الإناث في سن المراهقة (قبل الزواج)، بالإضافة إلى أن سلامة البكارة لا يمكن المحافظة عليها عند استخدام هذه الطرق الكلاسيكية والذي يعتبر أمراً مهماً جداً في مجتمعاتنا الشرقية المحافظة، لذا فإن الاتجاه الحالي هو استخدام تقنيات تنظير جوف الرحم وذلك لقطع الحجاب المهبلي المسدود.

إن القطع الجراحي للحجاب المهبلي بوساطة جهاز منظار جوف الرحم له العديد من المحاسن منها سهولته وتوفره وفعالتيه، والأهم هو المحافظة على عذرية المريضة المراهقة.

وللوقوف على تقنية القطع الجراحي بوساطة منظار جوف الرحم لا بدّ أولاً أن نلقي نظرة سريعة على آخر التصنيفات لوصف هذا التشوه في المسير التناسلي الأنثوي، وفهم هذا التصنيف يعتبر الخطوة الأولى في استخدام تقنية التنظير أو البدائل الجراحية الأخرى.

النمط –1–: انسداد تام للمهبل في جهة واحدة ويقسم إلى مجموعتين:

المجموعة 1.1:

وهذه المجموعة يكون فيها المهبل في جهة واحدة مسدوداً تماماً وهناك رحم مضاعف بشكل تام أعلى المهبل المسدود لكن لا يوجد أي اتصال بين هذا الرحم والمهبل السليم (4). انظر إلى الشكل التوضيحي.

وهذا النمط يحدث فيه تجمع لدم الطمث بشكل قصير بُعيد بدء الطمث بحيث يؤدي إلى تشكل تدمي المهبل أولاً محدثاً كتلة حوضية عميقة وهي الدم المتجمع في المهبل المسدود ثم يتلوه بالتدريج اتساع عنق الرحم ثم تدمي الرحم ثم تدمي البوق، ومع تقدم الحالة يفيض الطمث عبر البوق إلى جوف البريتوان. هؤلاء الإناث المصابات بهذا النمط من التشوه هنّ الأصغر سناً حيث تظهر الأعراض باكراً بعد بدء الطمث.

المجموعة 2.1:

عدم تصنع العنق مع انسداد المهبل تحته، في هذه المجموعة يكون المهبل مسدوداً بالكامل والعنق يكون إما مسدوداً تماماً أو غير موجود لذلك يتراكم الدم في جوف الرحم صاعداً عبر البوق إلى جوف البريتوان، وله نفس الأعراض السريرية للمجموعة السابقة (4). انظر إلى الشكل التوضيحي.

النمط –2–: انسداد المهبل جزئياً من جهة واحدة ويقسم إلى مجموعتين:

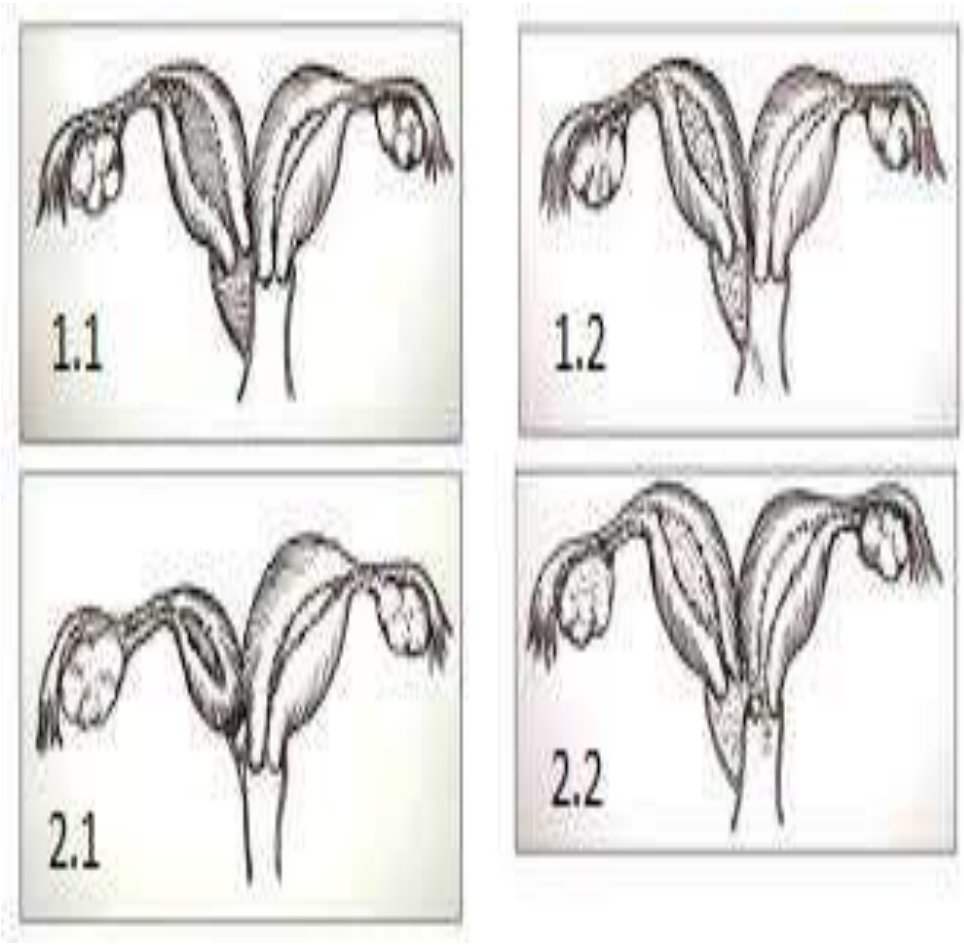
المجموعة 2.1:

انفتاح الحجاب المهبلي جزئياً إلى المهبل المجاور السليم، في هذه المجموعة نلاحظ اتصال صغير بين المهبل المسدود والمهبل السليم المقابل مما يسمح للدم الطمثي بالعبور عبر هذه الفتحة من الرحم إلى الخارج عبر المهبل السليم الأمر الذي يؤخر ظهور الأعراض والتي تتظاهر على شكل مفرزات مهبلية مدماة أو قيحية. غالباً ما تكون النتيجة داء حوضي التهابي حاد أو مزمن (4). انظر إلى الشكل التوضيحي.

المجموعة 2.2:

مع اتصال بين الرحمين في هذه المجموعة المهبل المسدود يراكم الدم تماماً لكن هناك فتحة بين العنقين الأمر الذي يسمح للدم الفائض في المهبل المسدود بالعبور عبر هذه الفوهة إلى العنق السليم والمهبل السليم. وهذه المجموعة تبدي صورة سريرية مشابهة للمجموعة (1.2). انظر إلى الشكل التوضيحي.

الأشكال التوضيحية للتصنيف



نعود الآن إلى العلاج بعد فهمنا للتصنيف حيث يعتبر قطع واستئصال الحجاب المهبلي المسدود العلاج الأمثل في الحالات 1.1 و1.2 و2.2. وإن الوقت المثالي للعلاج هو بعد بدء الطمث وبدء التظاهرات السريرية لدى المريضة. أما علاج الزمرة 2.1 فإنه يعتمد بصورة رئيسية على التداخل الجراحي الواسع وهو استئصال الرحم مع العنق المسدود لأن عدم تصنع العنق غير قابل للإصلاح الجراحي.

أهمية البحث وأهدافه:

تهدف الدراسة إلى الإضاءة على تقنية القطع بالمنظار في معالجة تضاعف الرحم مع انسداد مهبل وجيد الجانب مع التأكيد على حسناتها الجراحية والاجتماعية خاصة لدى المراهقات العذراوات.

طرائق البحث ومواده:

هذه دراسة لسلسلة حالات سريرية لثمانية مريضات لديهن حالة تضاعف رحم مع حجاب مهبلي مسدود وحيد الجانب تراوحت أعمارهن بين 13–15سنة واللواتي تمت جميعها في العيادة النسائية الخاصة بي محولين من عدة عيادات خاصة ومن العيادة النسائية الخارجية لمشفى الأسد الجامعي باللاذقية ومشفى تشرين الجامعي بين عامي 2013 و2019.

جميع المريضات حضرن إلى العيادة بشكوى رئيسية تشمل ألم بطني مزمن مع عسرة طمثية شديدة مع إحساس بامتلاء أسفل البطن والحوض مع دورات طمثية منتظمة تقريباً. تم شرح حالة كل مريضة لذويها (الأب والأم) وقد تم أخذ الموفقة الخطية على إجراء العمل الجراحي وعلى السماح بأخذ الوثائق وإجراء التصوير الفوتوغرافي لحالتهن مع عدم ذكر الاسماء مع إمكانية إدراجهن في أية دراسة بهدف التعليم أو النشر.

جميع المريضات أجري لهن قصة سريرية كاملة مع الاختبارات الدموية الشاملة من تعداد وصيغة ووظائف كبد وكلية وشوارد مع فحص بول وراسب. كانت جميع الفحوص المخبرية ضمن المعايير الطبيعية. أجري التصوير بالأمواج فوق الصوتية لجميع المريضات والذي أظهر وجود تشكل كيسي مليء بتجمع سائل عكر إلى جانب المهبل السليم ممتداً إلى الأعلى ومحدثاً تدمي الرحم والمهبل والبوق.

أجري التصوير بالمرنان (MRI) مع الحقن لمادة الكادولينيوم للحوض والبطن لجميع المريضات والذي أعطى توصيفاً للحالة على الشكل الآتي : رحم مضاعف مع تمدد الرحم في الجهة اليمنى للحوض مع توسع البوق المتصل به مترافقاً مع امتلاء مهبل مسدود على انتداد الثلاثة أرباع العلوية للمهبل السليم المقابل. كانت جميع الأعضاء الحوضية المقابلة سليمة.

الوصف التشريحي للبطن بواسطة المرنان لجميع المريضات:

جميع أعضاء البطن كانت سليمة على الوصف التشريحي للمريضات باستثناء غياب كلية متوافق مع جهة انسداد المهبل، هذه الموجودات الشعاعية مجتمعة أعطت وصفاً تشريحياً دقيقاً لمى يسمى تناذر (OHVIRA) أي تضاعف رحم مع انسداد مهبل وحيد الجانب مع غياب كلية وحيد الجانب. أجريت استشارة كلوية لجميع المريضات والتي أشارت بدراسة الجهاز البولي بإجراء صورة ظليلة عبر الوريد حيث جاءت النتائج متطابقة تماماً مع الدراسة الشعاعية للمرنان.

جميع المريضات أدرجت لإجراء قطع جراحي بواسطة المنظار.

تم إجراء العملية لجميع المريضات تحت التخدير العام بعد وضعهنّ بالوضعية النسائية المعهودة كما تم إملاء المثانة 150 مل بالسيروم المالح عبر قثطرة فولي رقم 14 مع المحافظة عليها داخل المثانة طيلة فترة العملية.

تم إحضار جهاز الأمواج فوق الصوتية إلى غرفة العمليات وذلك للكشف التشخيصي ورؤية مسار المنظار بواسطة الأمواج فوق الصوتية وللمساعدة على تحديد موقع القطع بدقة وتجنب أذية الأعضاء المجاورة.

تم إجراء تنظير للمهبل السليم عبر فوهة غشاء البكارة السليمة بوساطة منظار جوف الرحم لشركة كارل شتورتز بداية تنظير تشخيصي بقطر 4,9 ملم ثم تلاه تنظير جراحي بقطر 8,7 ملم مع استخدام جهاز القطع والتخثر وحيد القطب مع استخدام السيروم السكري 5% كوسط تمديد.

تمت مشاهدة المهبل السليم المنضغط بشدة بسبب تمدد المهبل المجاور المسدود كما تمت مشاهدة عنق الرحم السليم.

بعد ذلك تم إجراء القطع بواسطة جهاز القطع الكهربائي، بمساعدة التصوير بالأمواج فوق الصوتية عبر البطن لرؤية نقطة القطع الأولى حيث تم البدء بإحداث فتحة في منتصف الحجاب المهبلي بقطع الحجاب حوالي 1 سم بالعروة ذات شكل العكاز بعدها سُمح للدم المتجمع بالخروج، الأمر الذي كان يستغرق حتى 15 دقيقة أحياناً.

وبعد الانتهاء من إفراغ الدم الطمثي المتجمع في الجهة المسدودة قمنا بإجراء قطع الحجاب المهبلي مبتدئين من الثقب المحدث المذكور آنفاً مستخدمين عروة القطع المذكورة حتى يتم توسع الفتحة بين المهبلين بطول لا يقل عن 4 سم بالاتجاهين العلوي والسفلي.

بعد القطع الكهربائي قمنا بإجراء الغسيل بالسيروم السكري حيث اتضح لنا عنق الرحم في أعلى المهبل المسدود. بعد الانتهاء من العملية تم التأكد من سلامة غشاء البكارة لدى جميع المريضات وقد أخذت صورة فوتوغرافية للتوثيق بعد العملية وذلك بمقارنتها مع الصورة الفوتوغرافية قبل البدء بالعملية.

تم تسجيل الوقت المستغرق منذ بدء العملية حتى نهايتها فتراوح بين 25 و45 دقيقة أي بمتوسط 35 دقيقة لدى جميع المريضات. نقلت جميع المريضات إلى غرفة المراقبة لمدة 4 ساعات بعد العملية وتم تخريجهن بعد التأكد من استقرار حالتهن وعدم وجود أية شكايات.

النتائج والمناقشة:

- إن متوسط عمر المريضات هو 14 سنة.
- العرض الأكثر شيوعاً لديهن هو عسرة طمثية شديدة.
- جميع المريضات كانت لديهن دورات طمثية منتظمة مع آلام حوضية متواقتة مع الطمث.
- إن الموجودة الشعاعية الوصفية المشاهدة لدى جميع المريضات هي تدمي المهبل التام.
- لم تحدث أية اختلاطات لدى أية مريضة أثناء العمل الجراحي ولا بعده مباشرةً.
- تمت متابعة المريضات لمدة سنة كاملة بعد العملية في عيادتي الخاصة بحضور أحد ذويهم غالباً الأم وأبدت جميع المريضات ارتياحهن للنتائج حيث لم تكن هناك أية شكايات وغابت تماماً عسرة الطمث.
- لم يحدث نكس للانسداد لجميع المريضات خلال مدة المتابعة المذكورة.
- إن الحدوث النوعي والمتزامن بين تضاعف الرحم وانسداد مهبلي وحيد الجانب مع غياب كلية في الجانب الموافق لانسداد المهبل كان قد شخص لأول مرة عام 1922.

- على الرغم من أن الآلية المرضية الدقيقة لهذا التناذر الخاص ما تزال مجهولة لكن التزامن الوثيق بين غياب الكلية الخلقي وحيد الجانب في نفس جهة المهبل المسدود يدعم نظرية أن التناذر يمثل شذوذاً في تطور كل من قناة وولف وقناة موللر.
- إن انسداد المهبل وحيد الجانب مع غياب كلية مرافق عادةً ما يُكتشف عند البلوغ بعيد بدء الطمث بفترة ليست طويلة يسبب الألم البطني والحوضي المزمن المترافق مع حدوث الطمث والذي ينجم عن تراكم دم الطمث في المهبل المسدود.
- إن قطع واستئصال الحجاب المهبلي جراحياً يعتبر العلاج الأمثل لهذه الحالة.
- إن الطرق الجراحية التقليدية لقطع الحجاب المهبلي تستلزم استخدام المبعدات المهبلية والمقصات والخيوط الجراحية الأمر الذي يتطلب ساحة عمل جراحي واسعة الذي بدوره يؤدي إلى تخريب غشاء البكارة، كما أن العوائق التقنية مثل ضيق ساحة العمل الجراحي يضاف إلى ذلك عدم وجود رؤية جيدة لساحة العمل الجراحي، هذه العوائق تؤدي من شأنها إلى الإساءة إلى النتيجة النهائية للعمل الجراحي.
- إن القطع الجراحي بواسطة المنظار للحجاب المهبلي قد أظهر بديلاً آمناً وفعالاً للطريقة التقليدية، هذه التقنية الجديدة تمكن الجراح من المحافظة على سلامة غشاء البكارة كما تسمح له بالرؤية الجيدة لساحة العمل الجراحي.
- إن العوائق المعروفة لهذه التقنية هي أنها تحتاج إلى خبرة ومهارة جراحية عالية.
- في هذه الدراسة قمنا باستعراض النتائج لدى ثمانية مريضات كنّ يعانين من هذا التناذر وقد تبين من خلال المتابعة للمريضات أن القطع بالمنظار هو إجراء مناسب ومتاح وفعال وآمن في نفس الوقت مع نتائج ملائمة.
- تمت المحافظة على بكارة المريضات بشكل سهل والذي يعتبر معلماً هاماً للمريضة خاصةً في معظم بلدان الشرق الأوسط بشكل خاص والعالم الإسلامي بشكل عام حيث البكارة تشكل شأناً اجتماعياً وثقافياً ولها تأثير فيزيائي ونفسي ومعنوي على المريضة وعائلتها.
- إن معظم المريضات يتجنبن الفحص النسائي وجميع الإجراءات المتعلقة فيه بسبب رغبتهن في المحافظة على بكارتهن.
- إن جهاز التنظير يعتبر الطريقة الأمثل لعلاج الحجاب المهبلي المسدود في مثل هذه الحالات عندما يُراد المحافظة على غشاء البكارة.
- على حد قراءتي ومعرفتي وخبرتي في مجال الجراحة التنظيرية في الجمهورية العربية السورية فإن هذه الدراسة تعتبر أول دراسة تلقي الضوء على هذه الطريقة في علاج هذا النوع من التشوهات التناسلية لدى المراهقات.
- كما أن جميع الأعراض الانسدادية قد اختفت خلال ثلاثة أشهر من العلاج. وكما ذكرنا آنفاً تمت متابعة كل المريضات لمدة عام ولم تبد أية مريضة أية شكاية فيما يخص هذا التشوه كما لم يحدث أي نكس للانسداد خلال عام من المتابعة.
- كما لم تحدث أية اختلاطات جراحية لا أثناء ولا بعد العمل الجراحي لجميع المريضات المعالجات بهذه الطريقة.

الاستنتاجات والتوصيات:

من خلال نتائج هذه الدراسة فإننا نقترح ما يلي:

1-أن يكون القطع الجراحي بالمنظار هو الإجراء الجراحي المعتمد في علاج حالة انسداد المهبل مع رحم مضاعف.

2-إن من متطلبات هذا الإجراء هو اليد الجراحية الخبرة والمدربة تدريباً كافياً، الأمر الذي يستلزم إعداد الكوادر الطبية المدربة للتعامل مع هذه التقنية الجديدة الفعالة.

3-إن من مقدمات نجاح هذا الإجراء هو وضع التشخيص الدقيق للحالة، الأمر الذي يتطلب تصنيفاً تشريحياً صحيحاً لكي يتم وضع الاستطباب المناسب لكل حالة لأن هذه التقنية تقتصر على التصنيف 1.1 و1.2 بالدرجة المثلى وبدرجة أقل 2.2.

4-إن هذه التقنية الجراحية أثبتت فعاليتها في المحافظة على سلامة غشاء البكارة عند اليافعات والذي يشكل شأناً اجتماعياً كبيراً عند العديد من شعوب العالم ولهذا نوصي باستخدامها لدى اليافعات بشكل خاص.

References:

1. Smith NA, Laufer Mr. Obstructed Hemivagina and ipsilateral renal anomaly (OHVIRA) Syndrome: management and follow-up. Ferti steril. 2007; 87(4):918-22.
2. Burgis J. Obstructive Mullerian anomalies: case report, diagnosis and management. AmJ obstet Gynecol. 2001; 185(2):338-44.
3. Rock JA, Breech LL. Surgery for anomalies of the Mullerian ducts. 9thed. Rock JA, Thompson JD editors. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003.
4. Zhul, Chen N, Tong JL, Wang W, Zhang L, Lang JH. New classification of Herlyn-Werner-Wunderlich Syndrome Chin Med J 2015; 128:222-5.
5. Zurawin RK, Dietrich JE, Heard MJ, Edwards CL. Didelphic Uterus and Obstructed hemivagina with renal agenesis: Case report and review of the literature. J Pediatric Adolesc Gynecolo. 2004; 17(2):137-41.
6. Kucuk T. When virginity does matter: rigid hysteroscopy for diagnostic and operative vaginoscopy- a series of 26 cases. J minim Invasive Gynecol. 2007; 14(5):651-3.
7. Nassif, Al Chami A, Abu Musa A, Nassar AH, Kurdi A, Ghulmiyyah L. Vaginoscopic resection of vaginal septum Surg Technol Int. 2012; 22:173-6.
8. Himgauri B Sabnis, Alka Dani. Herlyn Wunderlich syndrome (HWWS) – A case series and review of Literature. Med plus International Medical Journal. June 2017; 4(6):831-835.