

PENCITRAAN RADIOLOGIS UTERUS DIDELPHYS: LAPORAN KASUS

Estherolita Dewi¹, Wawan Kustiawan²

¹Resident Department of Radiology Medical Faculty of Maranatha Christian University Bandung

²Radiology Specialist Department of Radiology Medical Faculty of Maranatha Christian University Bandung

ABSTRACT

Uterus didelphys is a congenital disorder in which there is a failure of merging of the Müllerian duct, during formation of uterine, cervix, and vagina at 6-11 weeks of gestation, which belongs to type III müllerian duct abnormalities, where there is unconnected duplication of the uterus, cervix and vagina. Incidence of uterine didelphys in 2012 is estimated 1: 3000 women. Müllerian duct abnormalities can be observed by imaging such as Ultrasonography (USG), Magnetic Resonance Imaging (MRI) and hysterosalpingography (HSG). The HSG can show the müllerian duct abnormalities, but cannot distinguish the type of the müllerian duct abnormalities themselves, whereas those on USG and MRI are shown to be able to see anatomic in more detail.

Keywords : Uterus didelphys, congenital disorder, Müllerian duct abnormalities, hysterosalpingography, HSG.

ABSTRAK

Uterus didelphys merupakan kelainan kongenital dimana terdapat kegagalan penggabungan dari duktus Müllerian, pada saat pembentukan uterus, cervix, dan vagina pada usia kehamilan 6-11 minggu, yang termasuk kedalam kelainan duktus Müllerian tipe III, terdapat duplikasi dari uterus, cervix dan vagina yang tidak berhubungan. Insidensi uterus didelphys tahun 2012 diperkirakan sekitar 1:3000 wanita. Pemeriksaan penunjang pada kasus kelainan duktus Müllerian dapat diamati secara *Ultrasonography* (USG), *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) dan histerosalpingografi (HSG). Penggunaan HSG dapat melihat kelainan duktus müllerian, namun tidak dapat membedakan tipe dari kelainan duktus müllerian itu sendiri, sedangkan pada USG dan MRI terbukti dapat melihat anatomis dengan lebih detail.

Kata kunci : Uterus didelphys, kelainan kongenital, kelainan duktus müllerian, histerosalpingografi, HSG

PENDAHULUAN

Uterus didelphys merupakan suatu kelainan bawaan dimana adanya kegagalan penggabungan duktus müllerian saat embriologi.^{2,3,4,5} Kelainan ini termasuk kedalam kelainan duktus müllerian tipe III², dimana terdapat duplikasi dari uterus, cervix dan vagina yang tidak berhubungan satu dengan yang lainnya.⁴

Kelainan duktus Müllerian sendiri termasuk didalamnya uterus bikornu, uterus arkuatus, uterus unikornu, dan uterus didelphys. Menurut laporan kasus Shadi et al., tahun 2015, 35% kasus kelainan dari uterus adalah uterus dengan septa, diikuti dengan 25% kasus bikornu, 20% kasus uterus arkuatus, 9,6% uterus unikornu dan kejadian uterus didelphys sendiri hanya 8,3% dari keseluruhan kelainan duktus Müllerian.³ Insidensi uterus didelphys tahun 2012 diperkirakan sekitar 1:3000 wanita.^{1,3,4}

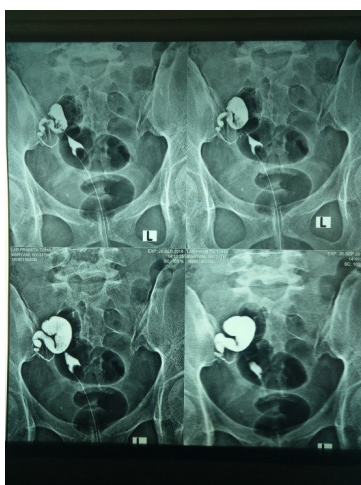
Kegagalan dari penggabungan ini menyebabkan uterus dengan ukuran yang lebih kecil, sehingga prognosis kasus uterus didelphys 82% persalinan melalui tindakan *sectio caesarean*.^{1,4} Pada kasus didelphys sangat sering dijumpai infertilitas, abortus spontan, IUGR, dan perdarahan pasca melahirkan.^{1,3,6}

LAPORAN KASUS

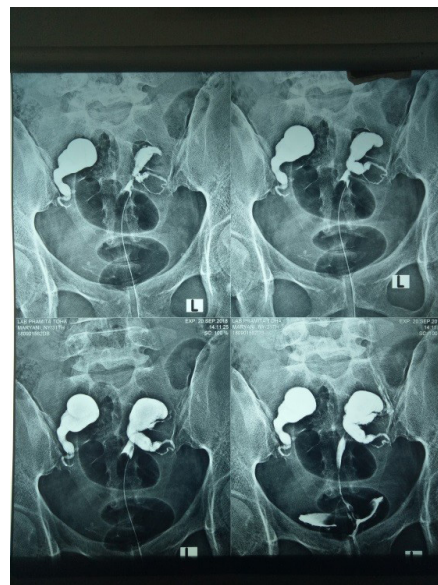
Seorang wanita, 31 tahun, P1A0, datang dengan keluhan tidak hamil setelah 5 tahun menikah dengan suami ke dua. Pasien sudah menikah dengan suami pertama selama 9 tahun, dan sudah memiliki 1 anak yang saat ini sudah berusia 9 tahun. Kemudian pasien menikah lagi dengan suami ke-2, sudah 5 tahun pasien menikah dan belum dapat hamil.

Riwayat obstetri pada kehamilan pertama diketahui bayi tunggal, aterm 37 minggu, dan rutin kontrol ke dokter kandungan. Riwayat persalinan, dilakukan tindakan *sectio caesarean* atas indikasi persalinan tidak maju.

Saat ini suami ke-2 sudah dilakukan pemeriksaan analisis sperma dan didapatkan hasil yang normal dan dilanjutkan dengan pemeriksaan HSG pada pasien, dan didapatkan hasil sebagai berikut :



Gambar 1. Uterus dan tuba kanan



Gambar 2. Uterus, tuba kiri dan sisa kontras pada tuba kanan

Dilakukan pemeriksaan HSG. Pada pemeriksaan inspeksi terlihat seperti ada 2 portio yang dibatasi oleh lapisan otot yang membatasi ke dua portio dan vagina.

Pada pemeriksaan HSG (gambar1), dimasukan kateter HSG perorificium cervix sebelah kanan, tampak kontras mengisi uterus dan mengisi tuba sebelah kanan, serta terlihat tuba kanan yang membesar dan membentuk gambaran seperti kantung. Tak tampak *spill* pada tuba kanan. Setelah pemeriksaan selesai, kateter HSG dicabut.

Pemeriksaan HSG diulang pada portio kiri (gambar 2), kateter HSG dimasukan perorificium cervix kiri, tampak kontras mengisi uterus dan tuba kiri. Tampak tuba kiri membesar dan membentuk gambaran kantung. Tak tampak *spill* pada tuba kiri.

Kesan :

- Tampak 2 buah cervix dan 2 buah uterus, baik yang sebelah kanan maupun yang sebelah kiri, ke dua tuba tidak tampak *spill*, namun membentuk gambaran kantung -> hydrosalping kanan dan kiri.
- Tampak 2 buah uterus -> didelphys uterus ec kongenital

PEMBAHASAN

Secara konvensional pemeriksaan HSG digunakan untuk menentukan ada atau tidaknya kelainan pada uterus serta tubanya. Pada pemeriksaan ini dapat diamati apakah tuba kiri/ kanan pasien buntu atau tidak.

Uterus didelphys merupakan kegagalan penggabungan dari duktus Müllerian tipe III, pada saat pembentukan uterus, tuba fallopi, cervix dan vagina pada usia kehamilan 6-11 minggu.^{5,8} Kegagalan penggabungan dapat terlihat pada pemeriksaan vagina dengan speculum, dan dapat terlihat adanya septa memanjang yang memisahkan vagina menjadi 2 bagian kanan dan kiri.⁴

Tabel 1. Kriteria MRI Kelainan Duktus Mullerian²

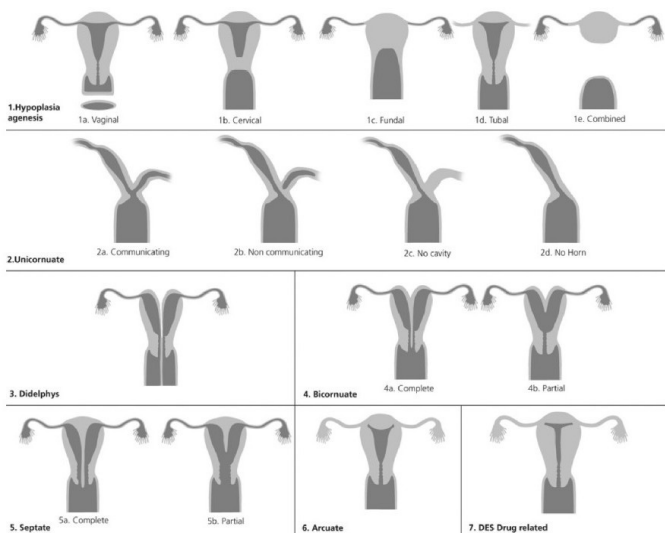
Diagnosis	MRI Criteria
Normal uterus and vagina	
Fundus	Convex
Uterine body	Mean endometrial-myometrial width ratio = 1:3.6, no septum
Cervix	Single cervix, body-cervix ratio = 3:2-3:1, patent endocervical canal
Vagina	Single
Class I (agenesis)	
Uterine body and fundus	No uterine tissue (agenesis) or uterine tissue but no complete uterus (remnant)
Endometrium	Endometrial tissue may be present
Cervix	Absent, disorted, or length < 1/3 of uterine body, absent or disorted endocervical canal
Vagina	Absent or replaced by a thin band of fibrous tissue
Other	Obstruction may be present
Class II (unicornuate)	
Uterine body and fundus	Elongated, banana-shaped, eccentric uterus One normal-sized horn with normal endometrial-myometrial width ratio. A rudimentary horn may be present, may have endometrial tissue, and may communicate with main canal classified according to rudimentary horn as follows: absent rudimentary horn, rudimentary horn present with no endometrial tissue (nonfunctioning), rudimentary horn present with endometrial tissue that communicates with main cavity, and rudimentary horn present with endometrial tissue that does communicate with main cavity and may obstruct. The latter may present with abdominal pain and require surgical intervention.
Cervix	Normal
Class III (didelphys)	
Uterine body and fundus	Two separate uteri, which can be joined at body, deep fundal cleft
Endometrium	No communication between the two endometrial cavities, normal endometrial-myometrial width ration in each uterus
Cervix	Double
Vagina	Longitudinal or oblique vaginal septum always present
Class IV (bicornuate)	
Fundus	Indented; cleft, 1cm or more deep
Septum	Present, muscular or combined muscular and fibrous Bicollis; septum to external os; unicollis: septum does not reach external os
Cervix	Single or divided by a septum
Vagina	Vaginal septum may be present in some cases
Class V (septate)	
Fundus	Convex, flat, or minimally indented (cleft <1cm deep) Morphology of outer fundal contour is key to diagnosis
Septum	Muscular, fibrous, or combined muscular and fibrous Complete: septum to external os; partial: incomplete septum that does not reach external os A short septum can be difficult to differentiate from arcuate uterus on MRI. In fact, there may be a continuum between these two entities.

Cervix	Single, divided by a septum, or double
Vagina	Vagina septum may be present in some cases
Class VI (arcuate)	
Fundus	Convex
Endometrial cavity	Short muscular saddlelike thickening of fundal myometrium that indents endometrial cavity
Cervix	Single
Class VII (DES-related disorder)	
Fundus	Convex
Endometrial cavity	Single
	T-shaped or hypoplastic with irregular margins
Cervix	Single

Note-DES = diethylstilbestrol

Kasus kelainan duktus Müllerian sendiri terdiri dari beberapa tipe, termasuk didalamnya uterus bikornu, uterus arkuatus, uterus unikornu, dan uterus didelphys. Kejadian terbanyak adalah uterus dengan septa dimana terdapat 35% kasus, 25% kasus bikornu, 20% kasus uterus arkuatus, 9,6% uterus unikornu dan, kejadian uterus didelphys sendiri kejadiannya hanya 8,3% dari keseluruhan kelainan duktus Müllerian.³

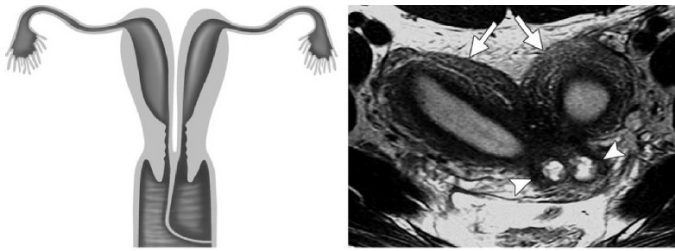
Insidensi uterus didelphys adalah 1:3000 wanita.^{1,3,4}



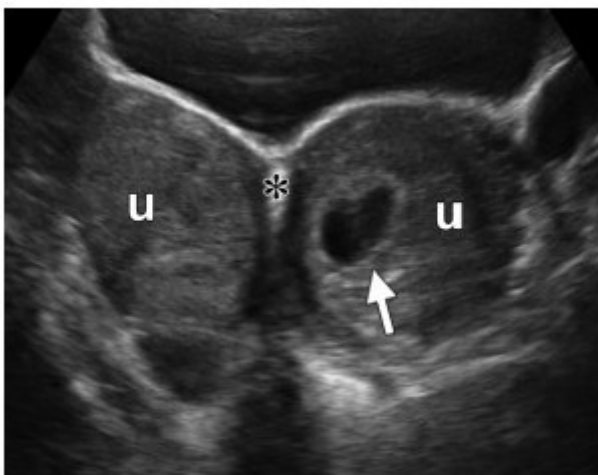
Gambar 3. Klasifikasi kelainan duktus Müllerian (American Society for Reproductive Medicine)

Kelainan uterus didelphys biasanya tidak bergejala, namun dapat disertai dengan dysmenorrhea atau dyspareunia, dapat ditemui hematocolpos/ hematometrocolpos yang diakibatkan obstruksi vagina, karena terdapat septum di vagina. Uterus didelphys sering di laporkan menjadi bagian dari salah satu sindrom, yang dikenal dengan Herlyn-Werner-Wunderlich (HWW) syndrome, disini didapatkan obstruksi dari hemivagina dan kelainan ginjal ipsilateral (OHVIRA). Hal ini merupakan kejadian yang sangat langka dimana terdapat kelainan kongenital dengan trias uterus didelphys, obstruksi hemivagina dan kelainan ginjal ipsilateral.^{1,2,3,7}

Pemeriksaan tambahan yang dapat dilakukan untuk memastikan melalui USG, HSG, dan MRI. USG dan MRI memiliki peran penting untuk mendiagnosis dan mengevaluasi kasus kelainan duktus müllerian. HSG sendiri digunakan dengan indikasi infertilitas. Penggunaan HSG hanya dapat melihat kelainan duktus Müllerian, namun tidak dapat membedakan tipe dari kelainan duktus Müllerian itu sendiri.^{1,5} sedangkan pada USG dan MRI terbukti dapat melihat anatomis dengan lebih detail, dan dapat sekaligus mendeteksi kelainan ginjal. Pemeriksaan USG dan HSG memiliki kekurangan karena hanya dapat dilakukan pada hari ke - 8 – 10 siklus menstruasi untuk USG dan 9 – 14 siklus menstruasi untuk HSG guna mendapatkan hasil terbaik. MRI dapat dilakukan kapanpun, namun dengan biaya yang lebih mahal dibandingkan USG dan HSG.^{1,4,5}



Gambar 4. Uterus didelphys pada pemeriksaan MRI



Gambar 5. Uterus didelphys dengan gambaran janin pada uterus kiri pada pemeriksaan USG

kelainan duktus Müllerian. Sedangkan pada USG dan MRI terbukti dapat melihat anatomis dengan lebih terinci, dan dapat sekaligus mendeteksi kelainan ginjal.

DAFTAR PUSTAKA

1. Chandrakala M. Uterus Didelphys with Longitudinal Vagina Septum: Normal Delivery. Vol. 2. ISSN: 2165-7920 JCCR India : OMICS 2012
2. Gisela C M., et al. Müllerian Duct Anomalies: Comparison of MRI Diagnosis and Clinical Diagnosis. American : AJR, 2007.
3. Shadi R., et al. Case Report: Didelphys Uterus: A Case Report and Review of the Literature. Vol. 2015. s.l. : Hindawi 2015
4. Lopamudra J., et al. Uterine Didelphys: A Rare Case Report Vol. 4. ISSN 2320-1770. India : IJRCOG 2015
5. Spencer G B., et al. Imaging of Müllerian Duct Anomalies. Vol. 32. San Fransisco : RadioGraphics 2012
6. Zhang Y., Zhao Y., Qiao J. Obstetric outcome of women with uterine anomalies in China. 123(4):418–422., China Chinese Medical Journal 2010.
7. Stanislavsky A. Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome (HWW). s.l. : radiopedia.org 2015.
8. Sadler TW, Langman J. Langman's medical embryology, 8th edn. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins 2000.

KESIMPULAN

Secara konvensional pemeriksaan histerosalpingografi (HSG) digunakan untuk menentukan ada atau tidaknya kelainan pada uterus, serta tubanya. Pada pemeriksaan ini dapat diamati apakah tuba kiri/ kanan pasien buntu atau tidak. HSG sendiri memiliki kekurangan dan untuk mendapatkan hasil terbaik pemeriksaan dilakukan pada hari ke 9 – 14 dari siklus menstruasi.

Pada kasus ini setelah dilakukan pemeriksaan HSG, ditemukan kelainan kongenital dari uterus dan hidrosalping kanan dan kiri. Uterus didelphys merupakan kelainan kongenital, dan terdapat kegagalan penggabungan dari duktus Müllerian tipe III, pada saat pembentukan uterus, tuba fallopi, cervix dan vagina pada usia kehamilan 6-11 minggu.

Pemeriksaan HSG digunakan dengan indikasi infertilitas. Sedangkan USG dan MRI memiliki peran penting untuk mendiagnosis dan mengevaluasi kasus kelainan duktus Müllerian. Penggunaan HSG hanya dapat melihat kelainan duktus müllerian, namun tidak dapat membedakan tipe dari