

KAPITOLY  
Z DIFERENCIÁLNÍ  
DIAGNOSTIKY  
V GYNEKOLOGII  
A PORODNICTVÍ

Pavel Čepický  
editor



---

KAPITOLY  
Z DIFERENCIÁLNÍ  
DIAGNOSTIKY  
V GYNEKOLOGII  
A PORODNICTVÍ

---

Pavel Čepický  
editor

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

**MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., a kolektiv**

## **KAPITOLY Z DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKY V GYNEKOLOGII A PORODNICTVÍ**

### **Hlavní autor a editor:**

MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc.

### **Kolektiv spoluautorů:**

Prof. MUDr. Pavel Dundr, Ph.D., MUDr. Michael Fanta, Ph.D., doc. MUDr. Daniela Fischerová, Ph.D., MUDr. Filip Frühauf, MUDr. Lukáš Hruban, Ph.D., MUDr. Petr Janků, Ph.D., MUDr. Dana Koryntová, CSc., prof. MUDr. David Kužel, CSc., MUDr. Zdeňka Lisá, doc. MUDr. Michal Mára, CSc., prof. MUDr. Jaromír Mašata, CSc., MUDr. Kristýna Němejcová, MUDr. Zlatko Pastor, Ph.D., prof. MUDr. Jiří Sláma, CSc., doc. MUDr. Pavel Strnad, CSc., doc. MUDr. Jana Vrbíková, Ph.D., doc. MUDr. Michal Zikán, Ph.D.

### **Recenzent:**

Doc. MUDr. Tomáš Binder, CSc.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2018

Cover Design © Grada Publishing, a.s., 2018

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 7053. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Marie Zelinová

Sazba a zlom Jakub David

Obrázky 11.1, 16.1 až 16.5 podle podkladů autorů překreslil Jakub David, obr. 7.1 převzat z publikace Roztočil, A., a kol. Moderní gynekologie. Praha: Grada Publishing, 2011, ostatní obrázky a fotografie dodali autoři.

Počet stran 224 + 8 stran barevné přílohy

1. vydání, Praha 2018

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

*Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.*

*Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.*

ISBN 978-80-271-2346-9 (pdf)

ISBN 978-80-247-5604-2 (print)

# Autorský kolektiv

---

## Hlavní autor a editor:

**MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc.**

Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce, Praha

## Spoluautoři:

**Prof. MUDr. Pavel Dunder, Ph.D.**

Ústav patologie 1. LF UK a VFN, Praha

**MUDr. Michael Fanta, Ph.D.**

Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

**Doc. MUDr. Daniela Fischerová, Ph.D.**

Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

**MUDr. Filip Frühauf**

Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

**MUDr. Lukáš Hruban, Ph.D.**

Gynekologicko-porodnická klinika LF Masarykovy univerzity a FN, Brno

**MUDr. Petr Janků, Ph.D.**

Gynekologicko-porodnická klinika LF Masarykovy univerzity a FN, Brno

**MUDr. Dana Koryntová, CSc.**

Pronatal s.r.o., Praha

**Prof. MUDr. David Kužel, CSc.**

Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

**MUDr. Zdeňka Lisá**

Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

**Doc. MUDr. Michal Mára, CSc.**

Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

**Prof. MUDr. Jaromír Mašata, CSc.**

Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

**MUDr. Kristýna Němejcová**

Ústav patologie 1. LF UK a VFN, Praha

**MUDr. Zlatko Pastor, Ph.D.**

Gynekologicko-porodnická klinika 2. LF UK a FN v Motole, Praha

**Prof. MUDr. Jiří Sláma, CSc.**

Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

**Doc. MUDr. Pavel Strnad, CSc.**

Gynekologicko-porodnická klinika 2. LF UK a FN v Motole, Praha

**Doc. MUDr. Jana Vrbíková, Ph.D.**

Endokrinologický ústav, Praha

**Doc. MUDr. Michal Zikán, Ph.D.**

Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce, Praha



# Obsah

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Seznam zkratk</b> .....   | <b>XI</b> |
| <b>Úvod</b> .....  | <b>XV</b> |
| <b>1 Vulvovaginální diskomfort (Pavel Čepický)</b> .....                         | <b>1</b>  |
| 1.1 Vyšetření .....  | 1         |
| 1.2 Akutní vulvovaginální diskomfort .....                                       | 2         |
| 1.3 Chronické a recidivující vulvovaginitidy .....                               | 2         |
| 1.4 Některé vzácné příčiny chronického vulvovaginálního diskomfortu .....        | 3         |
| <b>2 Diferenciální diagnostika nálezů na vulvě (Jiří Sláma)</b> .....            | <b>5</b>  |
| 2.1 Klinicko-patologická klasifikace onemocnění vulvy .....                      | 5         |
| 2.1.1 Prekancerózy vulvy .....   | 5         |
| 2.1.2 Nádory vulvy .....   | 6         |
| 2.1.3 Vulvární dermatózy .....   | 6         |
| 2.1.4 Infekční onemocnění vulvy .....  | 7         |
| 2.1.5 Vulvární bolest .....  | 7         |
| 2.2 Klinická klasifikace onemocnění vulvy .....                                  | 8         |
| 2.3 Zásady diagnostiky onemocnění vulvy .....                                    | 10        |
| 2.3.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření .....                                       | 11        |
| 2.3.2 Diagnostický algoritmus .....  | 13        |
| 2.3.3 Kolposkopické vyšetření .....  | 13        |
| 2.3.4 Diagnostika vulvodynie .....   | 15        |
| Literatura .....   | 15        |
| <b>3 Diferenciální diagnostika pánevních bolestí u žen (Pavel Čepický)</b> ..... | <b>17</b> |
| 3.1 Definice pánevní bolesti a bolest gynekologického původu .....               | 17        |
| 3.2 Akutní pánevní bolest .....  | 17        |
| 3.2.1 Porodnické příčiny akutní pánevní bolesti .....                            | 18        |
| 3.2.2 Gynekologické příčiny akutní pánevní bolesti .....                         | 19        |
| 3.2.3 Chirurgické příčiny akutní pánevní bolesti .....                           | 21        |
| 3.2.4 Urologické příčiny akutní pánevní bolesti .....                            | 21        |
| 3.2.5 Diferenciálně diagnostický postup při akutní pánevní bolesti .....         | 22        |
| 3.3 Intermitentní pánevní bolest .....   | 22        |
| 3.3.1 Bolest v souvislosti s menstruačním cyklem .....                           | 22        |
| 3.3.2 Bolest v souvislosti s pohlavním stykem .....                              | 24        |
| 3.3.3 Bolest v souvislosti s defekací (dyschezie) .....                          | 25        |
| 3.3.4 Bolest v souvislosti s močením (dysurie) .....                             | 25        |
| 3.4 Chronická pánevní bolest .....   | 26        |
| Literatura .....   | 27        |
| <b>4 Inkontinence moči (Jaromír Mašata)</b> .....                                | <b>29</b> |
| 4.1 Symptomy inkontinence moči – definice .....                                  | 29        |
| 4.2 Poruchy shromažďování moči – definice .....                                  | 29        |
| 4.3 Znamky (projevy, nálezy) inkontinence moči .....                             | 30        |
| 4.4 Mikční karty a deníky .....  | 30        |
| 4.5 Urodynamické vyšetření .....   | 32        |
| 4.5.1 Uroflowmetrie .....  | 32        |
| 4.5.2 Měření postmikčního rezidua .....  | 32        |
| 4.5.3 Cystometrie .....  | 32        |
| 4.6 Radiologické vyšetření .....   | 36        |
| 4.7 Magnetická rezonance .....   | 36        |
| 4.8 Ultrazukové vyšetření .....  | 37        |
| 4.8.1 Anatomické struktury zobrazované při urogynekologickém vyšetření .....     | 37        |
| 4.8.2 Technika ultrazukového vyšetření .....                                     | 37        |
| 4.8.3 Současné možnosti využití ultrazukového vyšetření v urogynekologii .....   | 37        |
| 4.9 Léčba stresové inkontinence moči .....                                       | 43        |
| 4.10 Hyperaktivní močový měchýř .....  | 43        |
| 4.11 Anticholinergní látky .....   | 44        |
| 4.11.1 Chemické vlastnosti anticholinergních látek .....                         | 44        |
| 4.11.2 Farmakokinetické vlastnosti anticholinergních látek .....                 | 45        |

|  |           |   |           |
|--|-----------|---|-----------|
| 4.11.3 Přehled látek a jejich účinků .....             | 46        | 8.4 Ultrazukové vyšetření .....                 | 78        |
| Závěr .....  | 48        | 8.4.1 Děloha .....                              | 78        |
| <b>5 Poruchy menstruačního cyklu</b>                   |           | 8.4.2 Vaječníky .....                           | 80        |
| (Pavel Čepický) .....                                  | <b>49</b> | 8.4.3 Vejcovody .....                           | 80        |
| 5.1 Nedostavení se očekávané menstruace .....          | 49        | 8.5 Hormonální vyšetření .....                  | 81        |
| 5.1.1 Těhotenský test je pozitivní, ultrazvuk          |           | 8.5.1 Základní hormonální vyšetření .....       | 81        |
| ale těhotenství neprokazuje .....                      | 49        | 8.5.2 Další možná vyšetření hormonální          |           |
| 5.1.2 Těhotenský test je negativní .....               | 49        | funkce .....                                    | 83        |
| 5.2 Krvácení mimo cyklus .....                         | 50        | 8.6 Diferenciální diagnostika anovulace .....   | 84        |
| 5.3 „Nenormální menstruační cyklus“ .....              | 50        | 8.6.1 Hypergonadotropní stav .....              | 85        |
| 5.3.1 Normální cyklus .....                            | 50        | 8.6.2 Normo- a hypogonadotropní anovulace ..... | 86        |
| 5.3.2 Formální klasifikace poruch cyklu .....          | 50        | 8.6.3 Hyperandrogenní anovulace .....           | 87        |
| 5.4 Příčiny poruch cyklu .....                         | 51        | 8.7 Insuficience luteální fáze .....            | 88        |
| 5.4.1 Hormonální příčiny .....                         | 51        | 8.8 Tubární průchodnost a peritoneální          |           |
| 5.4.2 Nehormonální příčiny .....                       | 52        | faktory .....                                   | 89        |
| 5.5 Poruchy cyklu u uživatelék hormonální              |           | 8.9 Vyšetření muže z neplodného páru .....      | 90        |
| antikoncepce .....                                     | 53        |   |           |
| 5.6 Poruchy cyklu u uživatelék HRT .....               | 53        | <b>9 Klasifikace gynekologických nádorů</b>     |           |
|  |           | (Pavel Dundr, Kristýna Němejcová) .....         | <b>93</b> |
| <b>6 Syndrom polycystických ovarií (Michael Fanta,</b> |           | 9.1 Úvod do problematiky .....                  | 93        |
| <i>Jana Vrbíková)</i> .....                            | <b>55</b> | 9.2 Nádory vulvy .....                          | 94        |
| 6.1 Epidemiologie .....                                | 55        | 9.2.1 Benigní nádory .....                      | 94        |
| 6.2 Kritéria pro diagnózu syndromu, definice .....     | 55        | 9.2.2 Prekurzory dlaždicobuněčného              |           |
| 6.3 Etiopatogeneze .....                               | 56        | karcinomu .....                                 | 94        |
| 6.4 Klinické projevy .....                             | 56        | 9.2.3 Maligní nádory .....                      | 95        |
| 6.5 Diagnostika .....                                  | 57        | 9.3 Nádory vagíny .....                         | 96        |
| 6.6 Diferenciální diagnostika .....                    | 57        | 9.3.1 Epitelové nádory .....                    | 96        |
| 6.7 Pozdní komplikace .....                            | 58        | 9.3.2 Smíšené epitelové a mezenchymální         |           |
| 6.7.1 Neonkologické komplikace .....                   | 58        | nádory .....                                    | 97        |
| 6.7.2 Onkologické komplikace .....                     | 60        | 9.3.3 Mezenchymální nádory .....                | 97        |
| 6.8 Další doprovodné projevy PCOS .....                | 62        | 9.3.4 Melanocytární nádory .....                | 97        |
| 6.9 Farmakoterapie .....                               | 62        | 9.4 Nádory děložního čípku .....                | 98        |
| 6.10 Nefarmakologické možnosti léčby .....             | 67        | 9.4.1 Prekancerózy děložního čípku .....        | 98        |
| Literatura .....                                       | 67        | 9.4.2 Epitelové nádory .....                    | 98        |
|  |           | 9.4.3 Mezenchymální nádory .....                | 99        |
| <b>7 Hirsutismus (Michael Fanta)</b> .....             | <b>69</b> | 9.5 Nádory těla děložního .....                 | 99        |
| 7.1 Diagnostika .....                                  | 69        | 9.5.1 Epitelové nádory .....                    | 100       |
| 7.2 Diferenciální diagnostika .....                    | 70        | 9.5.2 Smíšené epitelové a mezenchymální         |           |
| 7.3 Léčba .....  | 71        | nádory .....                                    | 101       |
| 7.3.1 Nefarmakologické metody .....                    | 71        | 9.5.3 Mezenchymální nádory .....                | 102       |
| 7.3.2 Farmakologické metody .....                      | 72        | 9.6 Nádory děložní tuby .....                   | 104       |
| Závěr .....  | 73        | 9.6.1 Prekurzor high-grade serózního            |           |
| Literatura .....                                       | 73        | karcinomu .....                                 | 104       |
|  |           | 9.7 Nádory ovaria .....                         | 104       |
| <b>8 Sterilita (Dana Koryntová)</b> .....              | <b>75</b> | 9.7.1 Epitelové nádory .....                    | 104       |
| 8.1 Úvod do problematiky .....                         | 75        | 9.7.2 Mezenchymální nádory .....                | 109       |
| 8.2 Anamnéza a faktory ovlivňující                     |           | 9.7.3 Smíšené epitelové a mezenchymální         |           |
| plodnost páru .....                                    | 76        | nádory .....                                    | 109       |
| 8.3 Fyzikální vyšetření .....                          | 78        | 9.7.4 Nádory sex-cord stromální                 |           |
|  |           | (gonadostromální) .....                         | 109       |



|   |            |   |            |
|---|------------|---|------------|
| 9.7.5 Nádory ze zárodečných (germinálních) buněk .....  | 110        | 14.2 Screening zhoubného nádoru ovarií v běžné populaci a v populaci s vysokým rizikem vzniku ovariálního karcinomu .....                         | 137        |
| 9.7.6 Nádory smíšené germinální a gonadostromální .....   | 111        | 14.3 Ultrazvuková diagnostika ovariálních nádorů .....  | 139        |
| 9.8 Ostatní maligní nádory .....  | 111        | 14.3.1 Jednoduchá ultrazvuková pravidla .....   | 140        |
| Závěr .....   | 112        | 14.3.2 ADNEX model .....  | 141        |
| <b>10 Diferenciální diagnostika nálezů na děložním hrdle (Jiří Sláma) .....</b>                         | <b>113</b> | 14.4 Biomarkery .....   | 141        |
| 10.1 Úvod do problematiky .....   | 113        | Literatura .....  | 142        |
| 10.2 Onkologická cytologie .....  | 114        | <b>15 Laparoskopie v diferenciální diagnostice ženských chorob (David Kužel) .....</b>  | <b>145</b> |
| 10.3 Kolposkopie .....  | 116        | 15.1 Přednosti laparoskopie .....   | 145        |
| 10.4 Diferenciální diagnostika hlavních kolposkopických znaků .....                                     | 117        | 15.2 Kontraindikace k provedení laparoskopie .....  | 145        |
| 10.5 Diferenciální diagnostika kolposkopických nálezů .....   | 119        | 15.3 Indikace k provedení laparoskopie .....  | 146        |
| 10.6 Diferenciální diagnostika různých jiných nálezů .....  | 120        | 15.3.1 Plánované indikace .....   | 146        |
| 10.7 HPV test .....   | 121        | 15.3.2 Akutní indikace .....  | 148        |
| 10.8 Využití biomarkerů .....   | 122        | Literatura .....  | 149        |
| Literatura .....  | 122        | <b>16 Diferenciální diagnostika nejčastějších symptomů ženských sexuálních dysfunkcí, pohlavní orientace a identifikace (Zlatko Pastor) .....</b> | <b>151</b> |
| <b>11 Diferenciální diagnostika děložních myomů (Michal Mára, Filip Frůhauf, Zdeňka Lisá) .....</b>     | <b>123</b> | 16.1 Úvod do problematiky .....   | 151        |
| 11.1 Diagnostika děložních myomů .....  | 123        | 16.2 Nedostatečná sexuální touha .....  | 152        |
| 11.2 Diferenciálně diagnostické varianty děložních myomů .....  | 126        | 16.3 Nadměrná sexuální touha .....  | 154        |
| 11.3 Histopatologické poznámky .....  | 127        | 16.4 Sexuální averze .....  | 154        |
| 11.4 Poznámky k léčbě myomů .....   | 127        | 16.5 Poruchy sexuálního vzrušení .....  | 154        |
| Literatura .....  | 128        | 16.6 Poruchy dosahování orgasmu, dysfunkční orgasmus .....  | 155        |
| <b>12 Prolaps pánevních orgánů (Jaromír Mašata) .....</b>   | <b>131</b> | 16.7 Bolest při souloži .....   | 156        |
| 12.1 Definice prolapsu pánevních orgánů .....   | 131        | 16.8 Ženské „sexuální“ tekutiny a koitální inkontinence .....   | 158        |
| 12.2 Symptomy prolapsu pánevních orgánů .....   | 131        | 16.9 Krvácení během pohlavního styku a po něm .....   | 159        |
| 12.3 Znamky prolapsu pánevních orgánů .....   | 132        | 16.10 Diferenciální diagnostika v problematice pohlavní orientace a identifikace .....  | 160        |
| 12.4 Vyšetření pánve a příznaky .....   | 132        | Literatura .....  | 160        |
| 12.5 Operační řešení sestupu pánevních orgánů .....   | 133        | <b>17 Mamární diskomfort (Pavel Strnad) .....</b>   | <b>163</b> |
| <b>13 Hysteroskopie v diferenciální diagnostice ženských chorob (David Kužel) .....</b>                 | <b>135</b> | 17.1 Rezistence v prsu .....  | 163        |
| 13.1 Přednosti hysteroskopie .....  | 135        | 17.1.1 Přehled nejčastějších benigních lézí prsu .....  | 164        |
| 13.2 Kontraindikace k provedení hysteroskopie .....   | 136        | 17.1.2 Vysoká denzita žlázy – fibrocystická mastopatie .....  | 165        |
| 13.3 Indikace k provedení hysteroskopie .....   | 136        | 17.2 Změny bradavky .....   | 165        |
| Literatura .....  | 136        | 17.3 Secernující prs .....  | 165        |
| <b>14 Diagnostika benigních a maligních ovariálních nádorů (Daniela Fischerová, Michal Zikán) .....</b> | <b>137</b> | 17.4 Mastitida .....  | 167        |
| 14.1 Incidence a mortalita u maligního ovariálního nádoru v ČR .....                                    | 137        | 17.5 Mastodynie .....   | 168        |
|   |            | Literatura .....  | 171        |

|   |            |   |            |
|---|------------|---|------------|
| <b>18 Úvod do diferenciální diagnostiky v těhotenství (Pavel Čepický).....</b>              | <b>173</b> | 20.1 Obranné mechanismy plodu .....   | 189        |
| 18.1 Tzv. nejisté a pravděpodobné známky těhotenství .....                                  | 173        | 20.2 Respirační a metabolická acidóza.....  | 190        |
| 18.2 Fyziologické změny v těhotenství.....  | 174        | 20.3 Následky intrapartální hypoxie.....  | 191        |
| 18.3 Specifické symptomy a komplikace v těhotenství .....                                   | 175        | 20.4 Projevy obranných mechanismů plodu na kardiokografickém záznamu .....  | 191        |
| 18.4 Nemoci v těhotenství.....  | 177        | 20.5 Typy intrapartální hypoxie plodu .....   | 192        |
| <b>19 Kardiokografie a jiné metody sledování stavu plodu za porodu (Pavel Čepický).....</b> | <b>181</b> | Závěr .....   | 194        |
| 19.1 Kardiografie .....   | 181        | Literatura .....  | 194        |
| 19.1.1 Bazální frekvence.....   | 181        | <b>21 Poznámky k diferenciální diagnostice v šestinedělí (Pavel Čepický).....</b>   | <b>197</b> |
| 19.1.2 Variabilita .....  | 182        | 21.1 Nedělka, nevyzpytatelná pacientka .....  | 197        |
| 19.1.3 Akcelerace .....   | 183        | 21.2 Specifické komplikace v šestinedělí.....   | 197        |
| 19.1.4 Decelerace .....   | 184        | <b>Možnosti léčby</b>   |            |
| 19.2 Tokografie .....   | 186        | Léčivé přípravky systémové enzymoterapie (SET) a možnosti jejich terapeutického využití v gynekologii a porodnictví ..... | 119        |
| 19.3 Ostatní metody sledování stavu plodu.....  | 187        | <b>Rejstřík .....</b>   | <b>201</b> |
| Literatura .....  | 188        | <b>Souhrn .....</b>   | <b>207</b> |
| <b>20 Intrapartální hypoxie plodu (Lukáš Hruban, Petr Janků).....</b>                       | <b>189</b> | <b>Summary .....</b>  | <b>208</b> |

# Seznam zkratek

---

|                 |   |
|-----------------|---|
| aCAMP           | cyklický adenosinmonofosfát   |
| ACTH            | adrenokortikotropní hormon (adrenocorticotropic hormone)  |
| ADNEX           | matematický model k predikci histologického typu nádoru (assessment of different neoplasias in adnexa)                                    |
| AES             | Androgen Excess Society   |
| AFC             | počet antrálních folikulů (antral follicle count)   |
| AGC             | atypické žlázo­vé buňky   |
| AGC-NEO, AGC-FN | žlázo­vé buňky spíše neoplastického původu (atypical glandular cells favour neoplastic, Bethesda 2014)                                    |
| AGC-NOS         | blíže nespecifikované atypické žlázo­vé buňky (atypical glandular cells not otherwise specified, Bethesda 2014)                           |
| AIB1            | koaktivátory steroidních receptorů  |
| AIM             | akutní infarkt myokardu   |
| AIS             | prekancerózy žlázo­vého epitelu (endocervical adenocarcinoma in situ, Bethesda 2014)  |
| AMH             | antimülleriánský hormon   |
| ART             | metody asistované reprodukce  |
| ASC-H           | atypické dlaždicové buňky nevylučující přítomnost high-grade dlaždicové léze (atypical squamous cells cannot exclude HSIL, Bethesda 2014) |
| ASC-US          | atypické dlaždicové buňky nejasného významu (atypical squamous cells of undetermined significance, Bethesda 2014)                         |
| ASRM            | American Society for Reproductive Medicine  |
| aTPO            | tyreoidální peroxidáza  |
| BD              | deficit bikarbonátových bází (base deficit)   |
| BE              | deficit bikarbonátových bází (base excess)  |
| BMI             | body mass index   |
| CA 125          | nádorový marker   |
| CA 19-9         | nádorový marker   |
| CC              | klomifen citrát (clomifene citrate)   |
| CEA             | nádorový marker (karcinoembryonální antigen)  |
| CMG             | cystometrogram, grafické znázornění tlaků a objemů v močovém měchýři v čase   |
| COC             | kombinovaná hormonální antikoncepce (combined oral contraception)   |
| CPA             | cyproteron acetát   |
| CRP             | C-reaktivní protein   |
| CTG             | kardiotokografie, kardiotokografický záznam   |
| DHEAS           | dehydroepiandrosteronsulfát   |
| DHT             | dihydrotestosteron  |
| DIE             | hluboká infiltrující endometrióza   |
| DM              | diabetes mellitus   |

|                   |  |
|-------------------|--|
| DM2               | diabetes mellitus 2. typu  |
| DMO               | dětská mozková obrna   |
| DSM-5             | nejnovější systém klasifikace FSD (2013)   |
| D-VIN             | diferencovaná vulvární intraepiteliální neoplazie (differentiated type vulvar intra-epithelial neoplasia)                |
| E-BTO             | endometroidní borderline nádor ovaria  |
| E2                | estradiol  |
| EE2               | ethinylestradiol   |
| EmGD              | endometriální glandulární dysplazie  |
| ESHRE             | European Society for Human Reproduction and Embryology   |
| ESHRE/ASRM        | kritéria pro diagnostikování PCOS (Rotterdamský konsenzus, 2003)   |
| ESN               | endometriální stromální uzol   |
| ESS               | endometriální stromální uzly a sarkomy   |
| FAI               | index volných androgenů  |
| FG                | skóre k hodnocení stupně ochlupení (skóre podle Ferrimana a Gallweyho)   |
| FIGO              | Mezinárodní gynekologicko-porodnická společnost (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique)              |
| FNPO              | počet folikulů na jeden vaječník (follicle number per ovary)   |
| FOD               | dysfunkční orgasmus (female orgasmic disorder)   |
| FSD               | ženské sexuální dysfunkce (female sexual dysfunctions)   |
| FSH               | folikulostimulační hormon  |
| FtM               | transsexualismus female to male  |
| FVC               | mikční karty (frequency-volume charts)   |
| FW                | sedimentace erytrocytů   |
| GDM               | gestační diabetes mellitus   |
| GnRH              | gonadotropin uvolňující hormon (gonadotropin-releasing hormone)  |
| GnRH <sub>a</sub> | analog GnRH  |
| HAK               | hormonální antikoncepce  |
| hCG               | humánní choriový gonadotropin (human chorionic gonadotropin)   |
| HE4               | nádorový marker (human epididymal protein-4)   |
| HGSC              | high-grade serózní karcinom  |
| HIE               | hypoxicko-ischemická encefalopatie   |
| HPV               | human papillomavirus   |
| HRT               | hormonální substituční terapie (hormone replacement therapy)   |
| HSIL              | těžké dlaždicobuněčné prekancerózy (high-grade squamous intraepithelial lesion, Bethesda 2014)                           |
| HSDD              | nedostatečná sexuální touha (hypoactive sexual desire disorder)  |
| ICS               | Mezinárodní společnost pro kontinenci (International Continence Society)   |
| IGF-1             | inzulinový růstový faktor (insulin-like growth factor I)   |
| IGFBP             | inzulinu podobný růstový faktor vázající proteiny (insulin like growth factor binding protein)                           |
| ICHS              | ischemická choroba srdeční   |
| IOTA              | mezinárodní pracovní skupina pro ovariální nádory (International Ovarian Tumor Analysis)                                 |
| IPL               | intenzivní pulzní světlo, laser  |
| IR                | inzulinová rezistence  |
| ISD               | insuficience vnitřního sfinkteru uretry (intrinsic sphincter deficiency)   |
| ISSVD             | Mezinárodní společnost pro studium vulvovaginálních nemocí (International Society for the Study of Vulvovaginal Disease) |
| IUD               | nitroděložní tělísko (intrauterine device)   |

|        |   |
|--------|---|
| IUGA   | International Urogynecological Association  |
| IVF    | fertilizace <i>in vitro</i>   |
| JZ     | junkční zóna  |
| LAVH   | laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie   |
| LBC    | cytologie z tekutého média (liquid based cytology)  |
| LG-ESS | low-grade endometriální stromální sarkom  |
| LGSC   | low-grade serózní karcinom  |
| LH     | luteinizační hormon   |
| LPP    | leak point pressures  |
| LSIL   | lehké dlaždicobuněčné prekancerózy (low-grade squamous intraepithelial lesion, Bethesda 2014)   |
| M-BTO  | mucinózní borderline nádor ovaria   |
| MetSy  | metabolický syndrom   |
| MRI    | magnetická rezonance  |
| MtF    | transsexualismus male to female   |
| NCAH   | neklasická forma adrenální hyperplazie (non-classical adrenal hyperplasia)  |
| NIH    | National Institute of Health  |
| NILM   | normální nálezy bez neoplastických intraepiteliálních změn a malignity (negative for intraepithelial lesions or malignity, Bethesda 2014) |
| NMR    | nukleární magnetická rezonance  |
| OAB    | hyperaktivní močový měchýř (overactive bladder)   |
| OGTT   | orální glukózový toleranční test  |
| Pabd   | abdominální tlak  |
| PCO    | polycystická ovaria (polycystic ovaries)  |
| PCOS   | syndrom polycystických ovarii (polycystic ovary syndrome)   |
| PCR    | polymerázová řetězová reakce (polymerase chain reaction)  |
| Pdet   | detruzorový tlak  |
| PEComy | nádory z perivaskulárních epiteloidních buněk   |
| PGAD   | syndrom permanentního sexuálního vzrušení (persistent genital arousal disorder)   |
| PGT    | porušená glukózová tolerance  |
| PKK    | postkoitální krvácení   |
| POF    | předčasné ovariální selhání (premature ovarian failure)   |
| PRL    | prolaktin   |
| Pves   | intravezikální tlak   |
| PVR    | postmikční reziduum   |
| ROMA   | predikční model při diagnostice ovariálních nádorů (risk of ovarian malignancy algorithm)   |
| RMI    | index rizika malignity (risk of malignancy index)   |
| 17-OHP | 17-hydroxyprogesteron   |
| S-BTO  | serózní borderline nádor ovaria   |
| SCJ    | skvamokolumnární junkce   |
| SHBG   | sexuální hormony vázající globulin (sex hormone-binding globulin)   |
| SPRM   | selektivní modulátory progesteronových receptorů  |
| STIC   | serózní tubární intraepiteliální karcinom   |
| STUMP  | hladkosvalové nádory nejistého maligního potenciálu (smooth muscle tumor of uncertain malignant potential)                                |
| TBG    | tyroxin vázající globulin (thyroxine-binding globulin)  |
| TK     | krvní tlak  |
| TRH    | tyreotropin uvolňující hormon (thyrotropin-releasing hormone)   |
| TSH    | tyroideu stimulující hormon (thyrotropin-stimulated hormone)  |

|     |   |
|-----|---|
| UAE | embolizace děložních tepen                                  |
| UPP | uretrální tlakový profil                                    |
| UVJ | uretrovezikální junkce                                      |
| UZ  | ultrazvuk, ultrazvukový záznam                              |
| VCU | videocystoureografie  |
| VVV | vrozené vývojové vady dělohy                                |
| WHO | Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation) |

# Úvod

Pacient obvykle nepřichází k lékaři s nemocí, přichází s potíží, se symptomem, který ovšem ve většině případů může být způsoben celou řadou nemocí, často velmi odlišných.

Diferenciální diagnostika je oblast medicíny, která se zabývá diagnostickým postupem od příznaku k závěrečné diagnóze. Někdy je to snadné, někdy je to obtížné až k nemožnosti, někdy nezbyvá než na diagnózu nečekat nebo dokonce rezignovat a pokusit se o léčbu jen podle pravděpodobné příčiny (když jsme úspěšní, myslíme, že náš odhad byl správný – tzv. diagnóza ex iuvantibus – nemusí to ovšem vždy být pravda: ustoupily-li pánevní bolesti po antibiotické terapii, nemusely být nutně způsobeny adnexitidou).

Pacientky, a bohužel i mnozí lékaři, symptom a nemoc zaměňují. Dnešní éra internetu, samodiagnostiky a samoléčení k tomu jen přispívá. Všichni to známe: „Jaké máte potíže?“ – „Mám zánět.“ Nedávno si mně jedna pacientka stěžovala, že „nerozpozná menstruaci a ovulační krvácení“. Nechtěla si nechat vysvětlit, že prostě nepravidelně a skoro pořád krvácí a že diagnostika, proč krvácí, není úplně jednoduchá a nemusí jít ani o menstruaci, ani o ovulační krvácení.

Běžné učebnice ovšem od symptomu k nemoci nepostupují a diferenciální diagnostika se nevyučuje (ostatně ani nezkouší) – začínající lékař ji obvykle jen tak intuitivně pochyťává ze zkušeností s pacientkami a z kontaktu se staršími kolegy. Často pak postupuje tak, že nabere škálu laboratorních vyšetření a pošle pacientku na ultrazvuk. Jenomže laboratorní výsledky pak neumí interpretovat ve vztahu k symptomu, eventuálně se jimi nechá přímo zavést (je-li negativní kultivace moči, znamená to pouze, že v moči není bakterie, která roste na běžných půdách, ovšem na těch neroste ani *Chlamydia trachomatis*, ani *Neisseria gonorrhoeae*). K ultrazvuku vyslovím názor, že každý gynekolog má mít ultrazvuk v ambulanci a má být schopen základní orientace, ale že ultrazvukovému vyšetření má předcházet anamnéza a klinické vyšetření. Když už lékař pacientku na ultrazvukové vyšetření odesílá, má napsat svůj klinický závěr a diferenciálně diagnostickou otázku určenou vyšetřujícím. Postup, který znám

z některých pracovišť, kde je pacientka ze všeho nejdříve sestrou poslána na ultrazvuk, pokládám za zvrácený. Sonografista musí vědět, co má hledat a na jakou otázku má odpovídat.

Učebnici diferenciální diagnostiky v gynekologii máme v češtině jedinou – Jan Maršálek: *Diferenciální diagnostika ženských chorob*. Vyšla dvakrát, po prvé v roce 1966 ve Státním zdravotnickém nakladatelství, po druhé v roce 1973 v témže nakladatelství (mezitím přejmenovaném na Avicenum). Jde tedy o text historický, z doby, která neznala ani ultrazvuk, ani laparoskopii, ani radioimunoeseje, ani žádné jiné moderní vymoženosti. Z novější doby je monotematické číslo *Moderní gynekologie a porodnictví* Diferenciální diagnostika v gynekologii z roku 2008 (vol. 17, č. 4). Pokud se týká porodnictví, jediná knížka, která by se dala uznat za diferenciální diagnostiku, je skutečně už z dávné historie (Jan Jerie: *Těhotenské gestosy a jejich léčení*, Česká grafická unie, 1946). Jinak jsou jen specializované publikace věnované sterilitě, inkontinenci nebo prenatální diagnostice.

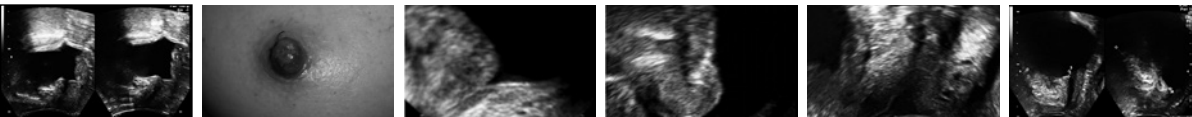
Na samém sklonku své gynekologicko-porodnické dráhy tedy předkládám pokus o novou diferenciální diagnostiku našeho oboru. Není to ideál, je to jen (moje) maximum možného. Chybí mi zde některé kapitoly, které by sem patřily – některé mi byly přislíbeny, ale nakonec je autoři nedodali. Vcelku je chápu, je to obtížná a nestandardní práce a všichni máme důležitější starosti a povinnosti dost. O to víc děkuji a o to víc jsem zavázán těm, kteří své kapitoly napsali. S jedinou výjimkou tu chybí ultrazvuková diagnostika. Fakticky by představovala druhý svazek, nejspíš objemnější než tento – a všichni sonografisté, kteří by něčeho takového byli schopni, mají své vlastní plány a projekty.

Na obrázky jsem většinou rezignoval. Jsou pouze tam, kde jsou funkční. Někteří autoři obrázky dodali, jejich charakter byl však spíše prostě ilustrační. Vyřadil jsem je tedy i tam, kde jsem je měl, a autorům se tímto omlouvám.

Pavel Čepický







# Vulvovaginální diskomfort

Pavel Čepický

Vulvovaginálním diskomfortem se míní nepříjemné pocity v zevním pohlavním ústrojí, obvykle výtok a/nebo pruritus, někdy pálení vulvy. Bolest vulvy sama o sobě se sem obyčejně nezahrnuje a tvoří zvláštní kategorii (vulvodynie).

## 1.1 Vyšetření

Základem je vyšetření pohledem a vyšetření v zrcadlech. Zdá se to být samozřejmé, ale až překvapivě často jsou různé lokální medikamenty předepisovány jen podle – navíc často stručného a nepřesného – popisu potíží. Před tímto postupem je třeba varovat (zažil jsem, že takto byl přehlédnut makroskopicky jasný cervikální karcinom).

Pohled lze zpřesnit vulvoskopií – ta pomůže odhalit červené makuly u vestibulitidy nebo subklinickou papillomavirovou infekci.

Vyšetření v zrcadlech nejenže umožní posoudit charakter výtoku, ale také vyloučí cervicitidu nebo rozsáhlou ektopii, které příležitostně mohou být zdrojem výtoku.

Součástí vyšetření vulvovaginálního diskomfortu je stanovení pH poševního prostředí. Za hranici normálního „kyselého“ a patologického „zásaditého“ pH se obvykle pokládá 4,6. Z vlastní zkušenosti považuji pH 4,8 za jakousi „šedou zónu“ a za jasnou patologii až pH 5,0 a více.

Často opomíjenou součástí vyšetření je aminový test. Na štětičku nebo zrcadlo s poševním sekretem kápneme kapku 10% KOH – při pozitivním testu vznikne intenzivní „rybí“ zápach.

Konečně sem patří také vyšetření mikroskopické. Lze použít nativní preparát, pokud ho gynekolog umí hodnotit (což je spíše výjimka). Lze použít i fixovaný

preparát barvený podle Giemsy nebo podle Grama. Zde je však problém s hodnocením a popisem. Stále přežívající MOP podle Jírovce, Petera a Mála (*Mikrobní obrazy poševní*, 1947) je dnes zcela obsoletní klasifikací neodpovídající současným poznatkům. Je zapotřebí semikvantitativní hodnocení, kde mikrobiolog hodnotí na škále od 0 do +++ přítomnost: laktobacilů, vláknitých laktobacilů, trichomonád, kvasinek, bakterií, leukocytů, klíčových buněk, parabazálních buněk. Z toho plus vyšetření v zrcadlech plus stanovení pH plus aminového testu lze stanovit diagnózu, tj. rozlišit normální obraz a pět nejčastějších patologií: mykózu, trichomoniázu, laktobacilózu, aerobní vaginitidu, anaerobní vaginózu, včetně obrazů smíšených a nedefinovaných (jejich výskyt je častější, než je příjemné).

**Poznámka:** Pokládám za vhodné uvést a zdůraznit, že do diagnostického algoritmu **nepatří** kulturační vyšetření. Nejenže k diagnostice nic nepřináší, ale může dokonce snadno zavést. Je třeba si uvědomit, že v pochvě je vždy společenství nejméně desítek bakteriálních druhů, částečně dokonce dosud neidentifikovaných. Dále to, že na jakékoli kulturační půdě lze vykultivovat jen tu bakterii, která na této půdě roste lépe než bakterie jiné. Například bakterie *Atopobium vaginae*, která zřejmě hraje roli v etiologii vulvovaginálního diskomfortu, byla popsána před několika lety a vykultivovat ji nelze na žádné půdě, průkaz je možný pouze pomocí DNA. Jedině na základě analýzy DNA lze rozlišit také jednotlivé druhy vaginálních laktobacilů atd.

Prakticky jakákoli bakterie, zjištěná v pochvě kulturační, může být součástí normální poševní mikroflóry a snaha o její „eliminaci“ nemá naději na úspěch. Mezi gynekologickými ambulancemi stále bloudí řada pacientek, kterým se gynekologové snaží antibiotiky vy-

hubit nějakou bakterii, čímž jenom vyvolávají vaginální dysmikrobie a potíže dále zhoršují. Nemohu si odpustit zmínku o pacientce, která se dožadovala – na doporučení svého gynekologa, který ho dokonce vypracoval písemně – již poněkolkáté injekční terapie gentamycinem pro opakovaný nález klebsiely ve vaginálním sekretu.

## 1.2 Akutní vulvovaginální diskomfort

O akutním vulvovaginálním diskomfortu hovoříme, pokud pacientka přichází na pohotovost nebo pokud jde o pacientku, která těmito problémy častěji netrpí.

### ▪ Herpes genitalis

Na vulvě můžeme nalézt herpes genitalis. Obraz je typický (drobné puchýřky, které se brzy strhávají, vznikají vřídky), nicméně méně zkušený nebo nepozorný lékař může ojedinělé léze (obvykle při recidivě výsevu) přehlédnout. Primoinfekce si pacientka nemusí být vědoma.

Terapie herpetického výsevu neexistuje (acyklovir, ať lokálně, ať systémově neurychluje hojení ani nesnižuje subjektivní potíže, přinejmenším u imunokompetentní pacientky). Nicméně pokládám za rozumné poučit pacientku, aby v případě, že vřídky nezmizí do dvou týdnů, navštívila dermatologa, kdyby snad došlo k záměně s jiným kožním onemocněním.

Jedinou infekční nemocí, s níž lze herpes genitalis zaměnit, je *ulcus molle*, v našich poměrech stále ještě zcela kuriózní pohlavní infekce. Uvažujeme-li o této možnosti (exotický pohlavní styk), náleží nelehká diferenciální diagnostika venerologovi.

### ▪ Vulvovaginitidy v úzkém slova smyslu

Tímto označením míním onemocnění projevující se výtokem a/nebo svěděním, jako jsou: kandidóza, aerobní vaginitida, anaerobní vaginóza, trichomoniáza, laktobacilóza. Diferenciální diagnostika vyžaduje mikroskopické vyšetření. Pokud gynekolog neovládá vyšetření nativního preparátu nebo (např. v pohotovostní službě) nemá k dispozici mikroskop, je během jedné návštěvy pacientky důsledně vzato nemožná.

Jakousi hrubou základní orientaci lze získat takto: Hustý tvarohovitý nebo naopak řídký vodnatý výtok při  $\text{pH} \leq 4,6$  svědčí pro mykózu (nelze však odlišit vzácnou laktobacilózu). Jiný výtok s  $\text{pH} > 4,6$  svědčí pro aerobní vaginitidu (je-li aminový test negativní) nebo anaerobní vaginózu (je-li aminový test pozitiv-

ní). Trichomoniázu, která je však v současnosti vzácná, odlišit nelze.

Je otázkou, zda se o přesnou diagnózu vůbec snažit v situaci, kdy žena má ojedinělé akutní potíže a mikroskopické vyšetření fixovaného preparátu trvá minimálně do druhého dne. Sám volím spíše směsné preparáty nebo léčbu podle orientačního vyšetření, jak je popsáno v předchozím odstavci. Vždy však je nutno odebrat vzorek k mikroskopickému vyšetření, aby bylo možno diagnózu stanovit alespoň zpětně – je to důležité jednak pro vyloučení trichomoniázy, jednak pro situaci, kdy se pacientka vrátí s tím, že léčba byla neúspěšná.

Jiný postup než uvedený není možný v nezácném případě, kdy žena před tím, než navštívila lékaře, užívala nějaké léky – často několik různých přípravků, které si zakoupila sama nebo které jí předepsal jiný lékař.

## 1.3 Chronické a recidivující vulvovaginitidy

Zde je vždy nutná řádná diferenciální diagnostika, jak byla popsána v úvodní části, poté řádná terapie (v „dlouhém“ režimu) a posléze cílená prevence.

### ▪ Mykóza

Diagnostickým kritériem je průkaz kandid u symptomatické pacientky. Na způsobu, jak jsou prokázány, nezáleží, mikroskopické vyšetření je nejjednodušší a nejrychlejší. Důraz je kladen na sousloví „u symptomatické pacientky“. Náhodný nález kandid u ženy asymptomatické je normální (kandidy do určité koncentrace jsou součástí normální poševní mikroflóry) a neléčí se.

### ▪ Trichomoniáza

Diagnostickým kritériem je průkaz trichomonád. Protože jde o pohlavně přenosné onemocnění, pokládáme za patologii i náhodný nález trichomonád u asymptomatické ženy. Trichomonády lze prokázat mikroskopem nebo kultivací (což je snad trochu citlivější, rozpoznání trichomonád ve fixovaném preparátu vyžaduje jistý cvik).

### ▪ Laktobacilóza

Diagnostickým kritériem je mikroskopický průkaz tzv. vláknitých laktobacilů. Dodávám, že u symptomatické ženy (symptomy plně odpovídají „typické kandidóze“, v tom spočívá diferenciálně diagnostická důležitost a zálužnost tohoto poměrně vzácného stavu).

### ▪ Anaerobní vaginóza

Diagnostická kritéria (Pheiferova /Anselmova/ kritéria) musí být splněna alespoň tři: typický vzhled výtoku (šedý, řídký, ulpívající na stěnách, správné posouzení však vyžaduje určitou zkušenost),  $\text{pH} > 4,6$ , pozitivní aminový test, mikroskopický průkaz tzv. klíčových buněk (vaginální epitelie pokryté bakteriemi, což jim dává „zrnitý“ vzhled).

**Poznámka:** Kultivační průkaz bakterie *Gardnerella vaginalis* nepatří mezi diagnostická kritéria a kultivace zaměřená na tyto bakterie (mimořadně nikoli laciná) nepatří k diagnostickému algoritmu. Nevzácně je lze totiž najít i u zcela asymptomatických žen a naopak, u anaerobní vaginózy může být vyšetření negativní.

### ▪ Aerobní vaginitida

Diagnostickými kritérii jsou  $\text{pH} > 4,6$  a aminový test negativní. V mikroskopickém vyšetření v obrazu chybí laktobacily a je přítomno velké množství bakterií a leukocytů (u anaerobní vaginózy leukocyty chybí), v těžkých případech jsou pak přítomny parabazální buňky.

### ▪ Tzv. atrofická vaginitida

Jde o vulvovaginální diskomfort v hypoestrinním terénu. Obraz odpovídá aerobní vaginitidě. Vyskytuje se typicky u ženy postmenopauzální (může se objevit i u ženy užívající hormonální substituční terapii, HRT), ale i u ženy kojící (zde se na to často zapomíná).

Vyčlenění této jednotky je důležité z hlediska terapie a především recidivy potíží – nutná je dlouhodobá vaginální aplikace estrogenních přípravků.

### ▪ Smíšené a „nezařaditelné“ případy

Případů, které splňují diagnostická kritéria dvou (nebo i tří) jednotek, nebo které naopak nesplňují diagnostické kritérium žádné, je více, než je příjemné. V terapii většinou pomohou směsné preparáty, diagnóza někdy vyplývá z opakovaných vyšetření při recidivě potíží.

## 1.4 Některé vzácné příčiny chronického vulvovaginálního diskomfortu

Myslíme na ně tam, kde klinický obraz neodpovídá běžným „vulvovaginitidám“ nebo kde jsme neuspěli s terapií indikovanou podle „běžné“ diagnózy.

### ▪ Alergická vulvovaginitida

Protože jde o opožděnou hypersenzitivitu a latence od expozice alergenu je i několikadenní, její identifikace není snadná. Přichází-li pacientka s chronickým vulvovaginálním diskomfortem, je dobře na ni myslet předem. Tedy: vyloučit jakoukoli lokální terapii, jakoukoli kosmetiku a mýdla (mýt se jen vodou), vyměnit prací prášky. Pátrat po jiných projevech alergických reakcí. Definitivní diagnózu učiní alergolog.

### ▪ Vestibulitida

Charakteristická je výrazná bolest vestibula na dotyk anebo při pokusu o proniknutí do pochvy. Bolestivý je také tlak na vestibulum. Potíže znesnadňují a často dokonce znemožňují soulož. Existuje v akutní i chronické formě.

Objektivně najdeme difuzní nebo fokální erytém kolem vestibula či ústí periuretrálních žlázek.

Diagnóza se učiní z anamnézy, z citlivosti vestibula na dotyk štětičkou a z vulvoskopie (neulcerující enantém).

### ▪ Dysestetická (esenciální) vulvodynie

Obvykle je popisována jako pálení zevního genitálu, pruritus zpravidla chybí nebo je jen mírný. Bolest může být fokální nebo difuzní, nejčastěji je postiženo ústí uretry a zadní komisura. Charakteristické je, že i když je bolest popisována jako silná, neruší spánek a nebrání soulož ani gynekologickému vyšetření. Typické rovněž je, že pacientka často udává zarudnutí rodidel, které lékař není schopen nalézt. V terapii lze s úspěchem zkusit antidepressiva.

### ▪ Tzv. psychosomatická vulvovaginitida

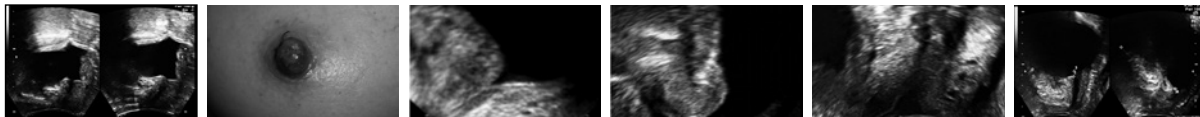
Klinický obraz je totožný s běžnou infekční vulvovaginitidou. Pacientky si stěžují na výtok, svědění, pálení. Typické je, že potíže jsou uváděny jako důvod k přerušování sexuálního života („nejdřív přece musím být zdravá“). Typická je rovněž anamnéza neúspěšné léčby různými lékaři a různými postupy.

Příčina spočívá v nevědomém odmítání pohlavního styku. Pokusy o somatickou terapii vedou pouze k vaginální dysmikrobii a alergizaci a stav jen zhoršují.

### ▪ Dermatologická onemocnění vulvy

Diagnóza (a následná terapie) náleží dermatologovi.





# Diferenciální diagnostika nálezů na vulvě

Jiří Sláma

Nemoci vulvy jsou velmi heterogenní skupinou klinických jednotek. Jejich diagnostika a léčba často vyžaduje úzkou multidisciplinární spolupráci, zejména mezi gynekology, dermatovenerology a patology. Podobná symptomatologie řady nemocí a vysoká frekvence reaktivních i benigních nálezů ale činí z onemocnění vulvy poměrně odtažitý problém. Nezřídka se tak stává, že pacientka s vulvárním diskomfortem nenachází adekvátní a včasnou pomoc. Algoritmus péče o pacientky s vulvární patologií by s ohledem na svůj intimní charakter měl být primárně soustředěn do gynekologických ordinací.

Pro srozumitelnou komunikaci mezi jednotlivými odborníky i mezi jednotlivými klinickými obory, které zajišťují péči o pacientku s onemocněním vulvy, je nezbytné dodržování jednotné terminologie vycházející z obecného dermatologického názvosloví a respektování mezinárodně uznávané klasifikace. Aktuálně vedle sebe stojí dvě rovnocenné klasifikace, které byly vytvořeny Mezinárodní společností pro studium vulvovaginálních nemocí (International Society for the Study of Vulvovaginal Disease, ISSVD). Klinicko-patologická klasifikace reprezentuje obecnější přístup členění nemocí vulvy podle hlavní patologie a Klinická klasifikace rozděluje diagnózy do skupin na základě dominantního morfologického nálezu.

## 2.1 Klinicko-patologická klasifikace onemocnění vulvy

Mezinárodní společnost pro studium vulvovaginálních nemocí doporučuje na základě klinicko-patologických odlišností klasifikovat onemocnění vulvy do pěti skupin:

1. prekancerózy vulvy
2. nádory vulvy
3. vulvární dermatózy
4. infekční onemocnění vulvy
5. bolesti vulvy

Zařazení onemocnění do jednotlivých kategorií má význam i pro předpoklad další spolupráce v péči o pacientky. Zatímco léčba prekanceróz, většiny nádorů a infekčních onemocnění vulvy spadá do kompetence gynekologů, vulvární dermatózy a bolesti vulvy vyžadují úzkou spolupráci s dermatovenerology, patology, algeziology a neurology.

### 2.1.1 Prekancerózy vulvy

#### ■ Dlaždicobuněčné prekancerózy – skvamózní intraepiteliální léze (SIL) a diferencovaná vulvární intraepiteliální neoplazie (D-VIN)

Terminologický vývoj klasifikace dlaždicobuněčných prekanceróz doznal v posledních letech řady změn (tab. 2.1). Současná WHO klasifikace reflektuje dělení na léze asociované s HPV infekcí a léze bez asociace s HPV infekcí. HPV-asociované léze jsou analogicky ostatním částem dolního genitálního traktu členěny podle závěrů projektu LAST (The lower anogenital squamous terminology standardisation project) na léze nízkého stupně (low-grade squamous intraepithelial lesion, LSIL) a léze vysokého stupně (high-grade squamous intraepithelial lesion, HSIL). V morfologicky nejasných případech je doporučeno imunohistochemické vyšetření exprese proteinu p16, jehož silná difúzní pozitivita má jak diagnostický, tak prognostický význam a řadí lézi mezi HSIL. Léze, které nejsou asociované s HPV infekcí, jsou označovány jako D-VIN. Termíny LSIL,

HSIL a D-VIN nahradily nesourodá označení skvamózních prekanceróz vulvy zahrnujících VIN 1–3, dysplazii vulvy, karcinom *in situ* vulvy, Bowenovu nemoc, bowenoidní papulózu, bowenoidní dysplazii, hypertrofickou dystrofií s atypiiemi a kondylomatózní dysplazii.

**Tab. 2.1** Srovnání klasifikace ISSVD 1986, 2004 a WHO 2014

| ISSVD 1986                      | ISSVD 2004   | WHO 2014 |
|---------------------------------|--|----------|
| VIN, obvyklý typ, grade 1       | reaktivní změny, plochá kondylomatózní léze                    | LSIL     |
| VIN, obvyklý typ, grade 2       | VIN, obvyklý typ (u-VIN) – bazaloidní, kondylomatózní, smíšená | HSIL     |
| VIN, diferencovaný typ, grade 3 | VIN, diferencovaný typ (d-VIN)                                 | D-VIN    |

Mezi SIL a D-VIN je řada rozdílů. Kromě asociace s HPV infekcí, rizikových faktorů a klinické manifestace je podstatný také odlišný progresivní potenciál (tab. 2.2).

**Tab. 2.2** Anamnestické a klinické rozdíly mezi SIL vulvy a D-VIN

|                                     | SIL     | D-VIN  |
|-------------------------------------|---------|--------|
| věk pacientky                       | nižší   | vyšší  |
| asociace s HPV infekcí              | ano     | ne     |
| anamnéza cervikální a vaginální SIL | ano     | ne     |
| současný výskyt vulvární dermatózy  | ne      | často  |
| kouření                             | často   | vzácně |
| imunosuprese/imunodeficit           | často   | ne     |
| polychromatické léze                | často   | vzácně |
| riziko progresu v karcinom          | omezené | vysoké |

**Tab. 2.3** Diferenciální diagnostika prekanceróz vulvy a lichen sclerosus/simplex chronicus

|                         | LSIL, HSIL, D-VIN                                       | Lichen sclerosus/simplex chronicus                             |
|-------------------------|---|--|
| topografie              | asymetrické léze, často multifokální, kdekoliv na vulvě | symetrické postižení, postižená plocha tvaru přesýpacích hodin |
| dekonfigurace vulvy     | ne  | ano – resorpce malých labií                                    |
| celofánový lesk epitelu | není  | často  |
| atrofie                 | není  | často  |

Prekancerózy vulvy mohou vznikat v terénu vulvární dermatózy. Odlišení dermatózy, zejména lichen sclerosus a lichen simplex chronicus, od prekancerózy je jedním z nejčastějších důvodů pro referování pacientky k expertnímu vyšetření. Hlavní odlišnosti shrnuje tabulka 2.3.

#### ■ Nedlaždicobuněčné prekancerózy

Melanom *in situ* a dysplastické névy jsou prekurzory nejčastějších nonskvamózních malignit. Prekancerózy adenokarcinomů vulvy nejsou definovány.

### 2.1.2 Nádory vulvy

Nádorová onemocnění vulvy jsou podle biologického chování členěna na benigní a maligní. Epitelové maligní nádory jsou analogicky prekancerózám klasifikovány na dlaždicobuněčné a nedlaždicobuněčné.

### 2.1.3 Vulvární dermatózy

Termín vulvární dermatózy je souhrnným označením pro benigní, neinfekční nemoci vulvy a nahrazuje dříve používané termíny krauróza, dystrofie nebo nenádorová epitelová onemocnění vulvy. Vulvární dermatózy zahrnují široké spektrum onemocnění, jejichž léčba by měla spadat do kompetencí dermatovenerologa. V gynekologické praxi jsou nejčastěji předmětem péče lichen sclerosus (přídomek „et atrophicus“ byl vzhledem k absenci projevů atrofie u části nemocných v aktuální terminologii vypuštěn), lichen simplex chronicus a lichen planus. Klinicko-patologická klasifikace vulvárních dermatóz rozlišuje šest skupin na základě kombinace klinického obrazu a histopatologických charakteristik (tab. 2.4). Pro běžnou klinickou praxi je ale poměrně komplikovaná.

|   |        |        |
|---|--------|--------|
| hyperkeratóza                               | často  | vzácně |
| lichenifikace                               | není   | často  |
| polychromatické léze                        | často  | ne     |
| přítomnost ragád                            | vzácně | často  |
| zbělení po aplikaci roztoku kyseliny octové | ano    | ne     |
| kolposkopicky patrné cévní atypie           | ano    | ne     |
| subepiteliální sufuze                       | ne     | ano    |

**Tab. 2.4** Klinicko-patologická klasifikace vulvárních dermatóz

| Typ vulvární dermatózy | Klinická jednotka  |
|------------------------|--|
| spongiotický           | atopická dermatitida<br>alergická kontaktní dermatitida<br>kontaktní iritační dermatitida  |
| akantotický            | psoriáza<br>lichen simplex chronicus <ul style="list-style-type: none"> <li>• primární (idiopatický)</li> <li>• sekundární (superponovaný na jiné vulvární dermatózy)</li> </ul> |
| lichenoidní            | lichen sclerosus<br>lichen planus  |
| sklerotizující         | lichen sclerosus   |
| vezikulobulózní        | pemfigoid<br>lineární IgA nemoc  |
| akantolytický          | nemoc Hailey-Hailey<br>Darierova nemoc<br>papulární genitokrurální akantolýza  |

### 2.1.4 Infekční onemocnění vulvy

Klasifikace infekčních onemocnění vulvy respektuje obecné členění infekcí podle vyvolávajícího činitele na infekce bakteriální, virové, mykotické, parazitární a smíšené. Podle časových vztahů se dále rozlišuje primární infekce, sekundární infekce a rekurentní infekce. Většina vulvárních a vulvovaginálních infekcí je léčena gynekology, průkaz lues, gonorey, lymphogranuloma venereum, granuloma venereum nebo ulcus molle podléhá na základě vyhlášky č. 195/2005 Sb. povinnému hlášení, dermatovenerologické léčbě a depistáži.

### 2.1.5 Vulvární bolest

Klasifikace a terminologie vulvárních bolestí prodělala řadu změn. Poslední klasifikace byla publiková-

na Moyalovou-Barracovou a Lynchem v roce 2004. Bolestivé senzací v oblasti vulvy jsou členěny na dvě skupiny podle vyvolávajících příčin (tab. 2.5).

První skupina zahrnuje bolesti asociované s působením konkrétních příčin, druhá zahrnuje bolesti, jejichž příčina je neznámá. Bolesti nebo pálení bez patrné organické léze nebo neurologického onemocnění jsou označovány jako vulvodynie. Z patofyziologického pohledu jde o formu neuropatické bolesti, která může být generalizovaná nebo lokalizovaná. Lokalizovanou vulvodynii je možno blíže definovat podle místa s maximem bolestivosti. Nejčastější je vestibulodynie, vzácné jsou klitoridodynie nebo hemivulvodynie. Vulvodynie může být provokovaná sexuálními podněty, jinými podněty bez souvislosti se sexuální aktivitou nebo oběma uvedenými způsoby. Méně častá je vulvodynie spontánní, která je přítomna trvale nebo intermitentně bez zjevného spouštěcího mechanismu, nebo vulvodynie kombinovaná.

**Tab. 2.5** Klasifikace vulvárních bolestí

|  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| <b>Vulvární bolest při jiných onemocněních</b> | při infekčních nemocech               |  |
|  | při zánětlivých nemocech              |  |
|  | při nádorových nemocech               |  |
|  | při neurologických nemocech a stavech |  |
| <b>Vulvodynie</b>                              | generalizovaná                        | provokovaná <ul style="list-style-type: none"> <li>• sexuálně</li> <li>• bez sexuálních podnětů</li> <li>• kombinovaně</li> </ul> spontánní<br>smíšená |
|  | lokalizovaná                          | provokovaná <ul style="list-style-type: none"> <li>• sexuálně</li> <li>• bez sexuálních podnětů</li> <li>• kombinovaně</li> </ul> spontánní<br>smíšená |

## 2.2 Klinická klasifikace onemocnění vulvy

Klinická klasifikace onemocnění vulvy vychází z dominantního morfologického nálezu a zahrnuje jak fyziologické nálezy (vestibulární papilomatózu, vulvární melanózu, Fordyceho skvrny aj.), tak i nálezy patologické. Ve srovnání s klinicko-patologickou klasifikací lépe odráží potřeby běžné klinické praxe. Podle zbarvení, viditelné eflorescence nebo kombinace zbarvení a eflorescence jsou onemocnění vulvy členěna do osmi skupin na:

1. léze v barvě kůže

2. červené léze – skvrny a plaky
3. červené léze – papuly a noduly
4. bílé léze
5. tmavé léze – hnědé, modré, šedé a černé
6. puchýřnaté léze
7. eroze a vředy
8. edémy (difúzní otoky vulvy)

Hlavním přínosem klinické klasifikace je zjednodušení a zrychlení diagnostického procesu. Jednotlivé skupiny totiž zahrnují vždy jen omezený počet diagnóz, které je následně nutno zvážit v rámci diferenciální diagnostiky (tab. 2.6).

**Tab. 2.6** Klinická klasifikace vulvárních nálezů

|                                       |                                      |   |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <b>Léze v barvě kůže</b>              | papuly a noduly                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• vestibulární papilomatóza</li> <li>• molluscum contagiosum</li> <li>• condylomata acuminata</li> <li>• jizva</li> <li>• LSIL, HSIL</li> <li>• D-VIN</li> <li>• kožní prominence (akrochordon, fibroepiteliální polyp)</li> <li>• névus (intradermální typ)</li> <li>• mucinózní cysty (mohou mít žlutý odstín)</li> <li>• epidermální cysta</li> <li>• hidradenoma papilliferum</li> <li>• cysta a tumor Bartholinovy žlázy</li> <li>• syringom</li> <li>• bazocelulární karcinom</li> </ul> |
|                                       | plaky                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• lichen simplex chronicus a další lichenifikující nemoci</li> <li>• LSIL, HSIL</li> <li>• D-VIN</li> </ul>  |
| <b>Červené léze – skvrny a plaky</b>  | ekzematózní a lichenifikující nemoci | <ul style="list-style-type: none"> <li>• alergická kontaktní dermatitida</li> <li>• kontaktní iritační dermatitida</li> <li>• atopická dermatitida</li> <li>• ekzematózní změny superponované na jiné vulvární nemoci</li> <li>• nemoci napodobující ekzematózní onemocnění (kandidóza, nemoc Hailey-Hailey a Pagetova nemoc)</li> <li>• lichen simplex chronicus</li> <li>• lichenifikace při jiných onemocněních s pruritem</li> </ul>  |
|                                       | bez disrupce epitelu                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• kandidóza</li> <li>• psoriáza</li> <li>• LSIL, HSIL</li> <li>• D-VIN</li> <li>• lichen planus</li> <li>• vulvitida z plazmatických buněk (Zoonova)</li> <li>• bakteriální infekce měkkých tkání (celulitida a nekrotizující fasciitida)</li> <li>• Pagetova nemoc</li> </ul>   |
| <b>Červené léze – papuly a noduly</b> | papuly                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• folikulitida</li> <li>• condylomata acuminata</li> <li>• angiokeratom</li> <li>• zánětlivě změněné molluscum contagiosum</li> <li>• hidradenitis suppurativa (časné léze)</li> </ul>   |



|  |                 |  |
|--|-----------------|--|
|  |                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• nemoc Hailey-Hailey</li> </ul>  |
| <b>Červené léze<br/>– papuly a<br/>noduly</b>          | noduly          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• furunkulus</li> <li>• condylomata acuminata</li> <li>• prurigo nodularis</li> <li>• LSIL, HSIL</li> <li>• D-VIN</li> <li>• zánětlivě změněné molluscum contagiosum</li> <li>• karunkula a prolaps uretry</li> <li>• hidradenitis suppurativa</li> <li>• hidradenoma papilliferum</li> <li>• zanícená epidermální cysta</li> <li>• absces Bartholinovy žlázy</li> <li>• dlaždicobuněčný karcinom</li> <li>• amelanotický typ maligního melanomu</li> </ul> |
| <b>Bílé léze</b>                                       | papuly a noduly | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fordyceho skvrny (mohou mít žlutý odstín)</li> <li>• molluscum contagiosum</li> <li>• condylomata acuminata</li> <li>• jizva</li> <li>• LSIL, HSIL</li> <li>• D-VIN</li> <li>• dlaždicobuněčný karcinom</li> <li>• milia</li> <li>• epidermální cysta</li> <li>• nemoc Hailey-Hailey</li> </ul>   |
|  | skvrny a plaky  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• vitiligo</li> <li>• lichen sclerosus</li> <li>• pozánětlivá hypopigmentace</li> <li>• mokvající léze lichenifikujících nemocí</li> <li>• lichen planus</li> <li>• LSIL, HSIL</li> <li>• D-VIN</li> <li>• dlaždicobuněčný karcinom</li> </ul>  |
| <b>Tmavé léze<br/>– hnědé, modré,<br/>šedé a černé</b> | skvrny          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• melanocytární névus</li> <li>• vulvární melanóza</li> <li>• pozánětlivá hypopigmentace</li> <li>• lichen planus</li> <li>• acantosis nigricans</li> <li>• melanom <i>in situ</i></li> </ul>   |
|  | papuly a noduly | <ul style="list-style-type: none"> <li>• melanocytární névus (včetně atypických)</li> <li>• condylomata acuminata</li> <li>• LSIL, HSIL</li> <li>• D-VIN</li> <li>• seboroická keratóza</li> <li>• angiokeratom</li> <li>• hidradenoma papilliferum</li> <li>• maligní melanom</li> </ul>  |

Tab. 2.6 pokračování

|                                    |                               |   |
|------------------------------------|-------------------------------|---|
| <b>Puchýřnaté léze</b>             | vezikuly a buly               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• herpesvirové infekce</li> <li>• akutní ekzém</li> <li>• bulózní forma lichen sclerosus</li> <li>• lymphangioma circumscriptum</li> <li>• imunitní zpuchýřující onemocnění</li> <li>• pemfigoid</li> <li>• polékové erupce</li> <li>• Stevensův-Johnsonův syndrom</li> <li>• pemfigus</li> </ul>  |
|                                    | pustuly                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• kandidóza</li> <li>• folikulitida</li> </ul>   |
| <b>Eroze a vředy</b>               | eroze                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• exkoriace při ekzematózních a lichenifikujících nemocech</li> <li>• erozivní forma lichen planus</li> <li>• fisura v normální tkáni (idiopatická a po styku)</li> <li>• fisura v abnormální tkáni (kandidóza, lichen simplex chronicus, psoriáza, Crohnova nemoc aj.)</li> <li>• erodovaná LSIL, HSIL nebo D-VIN</li> <li>• ruptura vezikuly, buly nebo pustuly</li> <li>• pagetoidní VIN</li> </ul> |
|                                    | vředy                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• exkoriace při ekzému a lichen simplex chronicus</li> <li>• aftózní vřed (idiopaticky nebo při různých virových onemocněních, Crohnově nemoci či Behçetově nemoci)</li> <li>• Crohnova nemoc</li> <li>• herpesvirové infekce</li> <li>• dlaždicobuněčný karcinom</li> <li>• primární syfilis (ulcus durum)</li> </ul>   |
| <b>Edémy (difúzní otoky vulvy)</b> | bez současné změny barvy kůže | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crohnova nemoc</li> <li>• idiopatické abnormality lymfatického aparátu (Milroyova nemoc)</li> <li>• poradiační a pooperační obstrukce lymfatických cév</li> <li>• poinfekční edém (stafylokoková a streptokoková celulitida)</li> <li>• pozánětlivý edém (hidradenitis suppurativa)</li> </ul>   |
|                                    | růžové a červené              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• venózní obstrukce (těhotenství)</li> <li>• celulitida</li> <li>• zánět a absces Bartholinovy žlázy</li> <li>• Crohnova nemoc</li> <li>• jiné zánětlivé nemoci vulvy</li> </ul>   |

### 2.3 Zásady diagnostiky onemocnění vulvy

Stanovení správné diagnózy je zásadní podmínkou, bez které nelze zjistit příčinu, zahájit adekvátní léčbu ani stanovit prognózu onemocnění vulvy. U pacientek s mukokutánním onemocněním vulvy je pracovní diagnóza téměř vždy stanovena na základě posouzení klinického nálezu a symptomů. V nerozhodných případech, při podezření na pohlavně přenosné onemocnění podléhající povinnému hlášení a při podezření na prekancerózu nebo malignitu, je klinický nález nutné potvrdit ještě dalšími diagnostickými testy – biopsií, cytologicky, sérologicky nebo mikrobiologicky (tab. 2.7).

Tab. 2.7 Diagnostické vyšetřovací postupy při nemocech vulvy

- vyšetření vaginálního sekretu včetně pH
- kulturační vyšetření
- biopsie
- kolposkopie/dermoskopie
- senzorické testy
- krevní testy
- zobrazovací vyšetření
- vyšetření UV lampou
- test s pyridiem/metylenovou modří
- test s celofánovou lepicí páskou

Klinický nález a symptomy mohou být posuzovány na základě vizuální paměti nebo za pomoci diagnostického algoritmu založeného na klinické morfologii.

Vizuální paměť vyžaduje značné zkušenosti vycházející z opakované expozice různým nálezům a je běžně používána především v dermatologii. Její přesnost však dosud nebyla ověřena žádnou srovnávací studií a lze předpokládat, že kolísá v širokém rozmezí mezi různými lékaři. V gynekologii, kde jsou choroby kůže a sliznic vyšetřovány méně často, obvykle chybí možnost dostatečné vizuální paměti ke spolehlivému rozpoznání neobvyklého nebo vzácného onemocnění. Při stanovení diagnózy bývá někdy aplikována možnost „buď, anebo“. Takový postup je ale neefektivní a navíc většinou nevede k přesné diagnóze.

Jinou možností pro stanovení správné diagnózy je postupovat pomocí diagnostického algoritmu, ve kterém jsou onemocnění vulvy organizována na základě klinické morfologie. Diagnostický algoritmus směřuje vyšetřujícího na skupinu chorob s podobným klinickým nálezem. V rámci vymezené skupiny nemocí jsou následně definovány charakteristické diagnostické znaky nebo další diagnostické testy pro stanovení konkrétní nosologické jednotky. Využití klinické morfologie umožňuje velmi efektivně dospět ke správné pracovní diagnóze, a to dokonce i v případech, že se s ní lékař dosud ještě nesetkal. Základem při diagnostice onemocnění vulvy je stejně jako v ostatních odvětvích medicíny anamnéza a fyzikální vyšetření.

### 2.3.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření

Anamnestická data je třeba získávat vždy před odložením oděvu a před zahájením vyšetření. Důležité je

**Tab. 2.8** Základní dotazy při odběru anamnézy

- Jak dlouho je léze přítomna?
- Jak vypadala léze, když se poprvé objevila? Je její aktuální vzhled odlišný?
- Jaká léčba včetně samoléčby byla dosud použita? Jaká byla léčebná odpověď?
- Jsou přítomny nějaké symptomy? Jaké (svědění, bolest, pálení)? Jsou přítomny nějaké systémové projevy?
- Je postižený i někdo z blízkých a/nebo příbuzných nebo má někdo z nich stejnou anamnézu?
- Jsou přítomny stejné léze i jinde na kůži nebo na sliznici vaginy a/nebo dutiny ústní?
- Jsou přítomny jiné léze jinde na kůži?
- Jsou známy faktory, které vedou ke zlepšení, a které naopak k exacerbaci?
- Došlo v poslední době ke změně v některé z následujících položek – léky, produkty osobní hygieny (např. prací prostředky, změkčovadla, mýdla, intimní parfém, sanitární ubrousky, hygienické vložky aj.), expozice v profesním nebo rekreačním prostředí, sexuální partner?
- Je přítomný vaginální fluor nebo anamnéza pohlavně přenosné choroby?
- Jak probíhá běžná péče o kůži a jaké jsou hygienické standardy včetně mytí a holení?
- Jaký je aktuální hormonální stav?
- Jsou přítomny další komorbidity?

zacílení otázek tak, aby získané informace mohly být prospěšně využity během vyšetření a pro stanovení optimální léčebné strategie. Výhodou může být využití dotazníku, který pacientka vyplní doma nebo v čekárně. Dotazník navíc pacientce usnadňuje uvést vše, co sama považuje za důležité, a zároveň minimalizuje nepříjemné pocity, které se mohou objevit při diskusi o pohlavních orgánech a/nebo sexuálních problémech (tab. 2.8).

Jedním z nejčastějších symptomů je pruritus vulvy. Diferenciální diagnostika pruritu je ale velmi široká a zahrnuje řadu značně odlišných klinických jednotek (tab. 2.9).

**Tab. 2.9** Nejčastější příčiny vulvovaginálního pruritu

- vulvovaginitida (infekční nebo atrofická)
- atopická, kontaktní nebo seboroická dermatitida
- psoriáza
- lichen sclerosus, planus nebo simplex chronicus
- LSIL, HSIL
- D-VIN
- karcinom
- extramamární forma Pagetovy nemoci
- hidradenitis suppurativa
- scabies
- pediculosis pubis
- systémové onemocnění s postižením vulvy
- vulvodynie

Vedle pruritu se vyskytuje i řada jiných symptomů, jejich přehled spolu s dalšími anamnestickými daty při onemocnění vulvy uvádí tabulka 2.10.

**Tab. 2.10** Přehled hodnocených anamnestických dat při onemocnění vulvy

| Hlavní obtíž  | Symptomy  | Jiné  |
|---|---|---|
| začátek<br>trvání<br>časový průběh<br>vývoj<br>co obtíže zlepšuje<br>co obtíže zhoršuje<br>dosavadní léčba<br>dosavadní samoléčba<br>dopady na kvalitu života<br>dopady na sexuální aktivity<br>omezení v běžných aktivitách<br>duševní utrpení<br>extragenitální výsev<br>předchozí diagnózy<br>hygienické návyky<br>vyučovací návyky<br>expozice vlivům cestování | pruritus<br>bolest<br>pálení<br>píchání<br>svírání<br>pocit vlhka<br>krvácení<br>vaginální výtok<br>dyspareunie | alergie<br>užívané léky<br>dříve užívané léky<br>operace<br>rodinná anamnéza<br>sociální a pracovní anamnéza<br>hormonální stav<br>menstruační cyklus<br>těhotenství<br>sexuální anamnéza |

Pro fyzikální vyšetření pacientky s onemocněním vulvy jsou klíčové dvě podmínky – expozice a osvětlení. Vyšetření lze provádět až po úplném odložení prádla pokrývajícího anogenitální oblast. Ani v případě postižení dosažitelného bez nutnosti úplného odložení není přípustné spodní prádlo stáhnout jen částečně nebo k jedné straně. Vyšetření vulvy je nutné provádět vleže na zádech nejlépe na gynekologickém vyšetřovacím křesle, které umožňuje i dobrou vizualizaci perinea a perianální oblasti. Přípustné je i vyšetření v „žabí“ poloze na lehátku. Pro dobré osvětlení je nezbytné použití samostatného zdroje bílého světla, které je dostatečně jasné a dostatečně flexibilní, aby mohlo být přesunuto a nastaveno. Vždy je nutné rovnoměrné osvětlení celé anogenitální oblasti. S výhodou lze k osvětlení použít i kolposkopu. S výjimkou mimořádných okolností by mělo být vyšetření prováděno v přítomnosti sestry. Užitečné je mít k dispozici přenosné zrcátko, aby pacientka mohla sama pomoci při identifikaci postiženého místa nebo místa s maximem obtíží.

Celá anogenitální oblast je vždy nejprve pečlivě a systematicky prohlédnuta bez použití zvětšení nebo

roztoků. Rozsah vyšetření by měl zabírat oblast kraniálně vymezenou horním okrajem hrmy, laterálně vymezenou genitofemorálními rýhami a kaudálně vymezenou kostrčí. Součástí vyšetření je prohlédnutí všech kožních a slizničních záhybů a rýh a prohlédnutí vulvy před manuální separací malých a velkých stydkých pysků i po ní. Vyšetření je vhodné doplnit o posouzení pochvy a děložního hrdla v zrcadlech, nezbytné je vyšetření v zrcadlech v případě vaginálního fluoru, gynekologického krvácení nejasné etiologie a dyspareunie.

Každý abnormální nález na vulvě je systematicky popsán. Popis zahrnuje morfologický nález, velikost, tvar a ohraničení jednotlivých lézí, u vícečetných lézí je popsáno jejich uspořádání (rozptýlené, seskupené, lineární atd.), je uvedena barva léze, konzistence léze, palpační vjem (textura, citlivost) a přítomnost sekundárních změn a výsledných stavů.

Řada nálezů vyžaduje současné posouzení extragenitálních povrchů – kůže, sliznic (vaginální, cervikální, spojivkové, orální, nasální a anální) a intertriginózních míst (axily, podprsní rýhy a břišní kožní záhyby).

**Tab. 2.11** Dermatologické termíny pro popis kožních eflorescencí

|                               |  |   |
|-------------------------------|--|---|
| <b>Primární kožní změny</b>   | makula (skvrna)<br>papula (pupínek)<br>plak<br>nodulus (uzel)<br>tumor (hrbol)<br>pustula (neštovička)<br><br>vezikula<br><br>bula (puchýř)<br><br>pomfus (kopřivka) | nehmatná léze<br>hmatná léze < 10 mm<br><br>hmatná léze > 10 mm<br><br>léze vyplněná purulentní tekutinou<br>léze vyplněná čirou tekutinou, < 10 mm<br>léze vyplněná čirou tekutinou, > 10 mm<br>hmatná léze způsobená otokem |
| <b>Sekundární kožní změny</b> | eroze (oděrka)<br>ulkus (vřed)<br>fisura, ragáda (trhlina, prasklina)<br>exkoriace (oděrka)<br>skvama (šupina)<br>krusta (strup)<br>eschara (příškvár)               |   |
| <b>Výsledné stavy</b>         | atrofie<br>cicatrix (jizva)<br>diskolorace (změna barevného tónu)  |   |

### 2.3.2 Diagnostický algoritmus

Pro možnost použití klinické klasifikace onemocnění vulvy v diagnostickém algoritmu je vyžadován přesný popis léze. V případě přítomnosti více než jedné léze je vždy přednostně posuzována nejtýpickejší léze. K popisu je nezbytné použití terminologie standardního dermatologického názvosloví (tab. 2.11). Vždy je užitečné nejprve označit primární lézi. Teprve následně jsou přidávána nezbytná adjektiva popisující barvu, okraj, charakteristiku povrchu, konfiguraci a pohmatový vjem.

Po dokončení popisu je dosud neidentifikované onemocnění zařazeno do jedné ze skupin uvedených v klasifikaci. Omezený počet onemocnění v každé skupině je následně zvažován v diferenciální diagnostice a obvykle umožňuje identifikaci jedné nejpravděpodobnější diagnózy.

Velmi závažným klinickým nálezem je vřed vulvy. Vřed je hluboký defekt povrchu kůže, který je hlub-

ší než eroze a sahá do pojivové tkáně nebo dokonce ještě hlouběji. Takový defekt způsobuje významné poškození cév. V důsledku toho může být na spodině vředu patrná krusta, která obsahuje pigmenty krve a plazmatické proteiny. Krusta může být červená, modrá nebo černá. Pokud je přítomno větší množství fibrinu, krusta je velmi přilnavá ke spodině vředu a označuje se jako příškar (eschara). Nález vředu na vulvě vždy vyžaduje neprodlené aktivní diagnostické kroky s cílem vyloučit/potvrdit maligní nádorové onemocnění (tab. 2.12).

### 2.3.3 Kolposkopické vyšetření

Pro optické zvětšení nálezů na vulvě je možno využít kromě kolposkopu i jiné zvětšovací optické zařízení. Dermatologové proto častěji používají zvětšovací sklo. Kolposkopické vyšetření vulvy je označováno jako vulvoskopie a vyšetření s využitím zvětšovacího skla jako dermoskopie. Optické vyšetření vulvy

Tab. 2.12 Diferenciální diagnostika vředů vulvy

| Diagnóza  | Charakteristiky  | Tříselné uzliny  | Systémové změny   | Diagnostika                             |
|---|--|--|---|---|
| karcinom vulvy<br>maligní melanom                           | obvykle solitární, nebolestivý, vyvýšený nebo indurovaný okraj, nekrotická spodina                             | normální i zvětšené  | pouze při generalizaci, jinak nepříznačné                             | biopsie                                 |
| herpes genitalis<br>EB viróza                               | obvykle mnohočetné, bolestivé, herpes může recidivovat   | bilaterální lymfadenopatie   | teplota, celková alterace, splenomegalie a bolesti krku (EB viróza)   | kultivace, sérologická vyšetření        |
| Behçetova nemoc<br>pemfigoid aftózní                        | obvykle mnohočetné, bolestivé, recidivující, jizevnaté okraje u pemfigoidu                                     | normální   | orální léze (Behçetova nemoc), oční léze (Behçetova nemoc, pemfigoid) | biopsie, přímá imunofluorescence        |
| pyoderma gangrenosum<br>Crohnova nemoc                      | protáhlé vředy („řezné rány“) u Crohnovy nemoci, nekrotické centrum s naválitým okrajem (pyoderma gangrenosum) | často lymfadenopatie   | střevní zánětlivé změny, pyoderma gangrenosum bývá samostatná         | biopsie                                 |
| syfilis<br>lymfogranuloma venereum<br>chancroid donovanosis | variabilní vzhled vředů, solitární/mnohočetné, tvrdé/měkké, hluboké/povrchové                                  | výrazná lymfadenopatie, znamení „žlábků“ u lymfogranuloma venereum | nepříznačné   | sérologie, kultivace, přímá mikroskopie |
| trauma dekubitus  | vředy v místě traumatického inzultu nebo přímého tlaku   | normální   | systémové změny vedoucí k imobilitě                                   | kultivace k vyloučení infekce           |

je prováděno analogicky kolposkopickému vyšetření děložního hrdla a pochvy. Jeho přínos je však významně nižší. Hlavní význam má pro diagnostiku a vymezení rozsahu dlačicobuněčných prekanceróz a při podezření na časně invazivní karcinom. Vulva je nejprve systematicky prohlédnuta při malém a větším zvětšení nativně a poté je identicky pozorována po aplikaci 5% roztoku kyseliny octové. Na závěr vyšetření je možné provedení Collinsova testu. Před nativním vyšetřením je možno šetrně otřít pozorovaný povrch fyziologickým roztokem.

V kolposkopické klasifikaci jsou definovány základní anatomické struktury vulvy (uretra, ústí Skeneho žláz, klitoris, preputium, frenulum, hrma, velké stydké pysky, malé stydké pysky, interlabiální rýhy, vestibulum, ústí malých vestibulárních žláz, ústí Bartholinových žláz, hymen, hráz) a je uveden jejich slizniční a/nebo kožní povrch. Oblasti kryté kůží jsou dále členěny na oblasti primárně ochlupené a neochlupené (tab. 2.13). Bližší specifikace uložení patologické léze má v první řadě význam pro rychlejší diagnostiku nálezu, protože řada patologických stavů postihuje pouze sliznici nebo pouze kůži. Zároveň má zásadní význam pro následný léčebný management a volbu vhodné terapeutické metody.

Normální nálezy zahrnují fyziologické varianty anatomie vulvy. Mezi normální nálezy je řazeno i vestibulární zarudnutí, vestibulární melanóza, vestibulární papilomatóza a Fordyceho skvrny.

Abnormální nálezy zahrnují různé znaky, kterými je možno charakterizovat lézi podle velikosti, uložení, typu, barvy a druhotných morfologických změn. Kategorie abnormálních nálezu využívá dermatologické terminologie uplatňované v klinické klasifikaci onemocnění vulvy a popisuje změny barevného tónu a morfologické změny.

Mezi jiné nálezy jsou řazeny posttraumatické změny, vrozené vývojové vady, tetováž a jiné znaky, které nelze klasifikovat do ostatních kategorií nálezu.

Nálezy suspektní z malignity zahrnují znaky typické pro neoplastický růst (makroskopický nádor, ulceraci, nekrózu, krvácení, exofytickou lézi, hyperkeratózu), s bílým, šedým, červeným nebo hnědým zabarvením či bez něho. Přítomnost některého ze znaků je důvodem k bioptické verifikaci.

Samostatnou kategorií jsou abnormální nálezy pozorované kolposkopem nebo jiným optickým zvětšovací nástrojem. Zahrnují změny epitelu pozorované po aplikaci roztoku kyseliny octové a změny průběhu cév typické pro vulvární intraepiteliální neoplazii, čas-

**Tab. 2.13** Kolposkopická terminologie nálezu na vulvě (Rio de Janeiro 2011)

| Kategorie   | Znaky  |   |  |
|---|--|---|--|
| základní vymezení   | anatomická struktura   | uretra, ústí Skeneho žláz, klitoris, preputium, frenulum, hrma, velké stydké pysky, malé stydké pysky, interlabiální rýhy, vestibulum, ústí malých vestibulárních žláz, ústí Bartholinových žláz, hymen, hráz |  |
|   | povrch   | kůže – ochlupená/neochlupená sliznice   |  |
| normální nálezy   | normální konfigurace, kůže, sliznice, vestibulární zarudnutí, vestibulární melanóza, vestibulární papilomatóza, Fordyceho skvrny |   |  |
| abnormální nálezy   | uložení, velikost v cm   |   |  |
|   | typ léze   | barva léze  | sekundární změny   |
|   | makula, papula, plak, skvrna, nodulus, cysta, vezikula, bula, pustula  | v barvě kůže, červená, bílá, tmavá (modrá, hnědá, černá)  | ekzém, lichenifikace, exkoriace, purpura, jizvení, ulkus, eroze, fisura, bradavice |
| jiné nálezy   | trauma, malformace   |   |  |
| nálezy suspektní z malignity  | makroskopický nádor, ulcerace, nekróza, krvácení, exofytická léze, hyperkeratóza   |   |  |
|   | s bílým, šedým, červeným nebo hnědým zabarvením či bez něho  |   |  |
| abnormální nálezy pozorované kolposkopem nebo jiným optickým zvětšovacím přístrojem | ocetpozitivní bílý epitel, puntíčkování, atypické cévy, nerovnosti povrchu   |   |  |

ně invazivní karcinom a pro nálezy asociované s HPV infekcí.

Kolposkopické vyšetření vulvy, označované také jako vulvoskopie, navazuje na makroskopické zhodnocení celé anogenitální oblasti. Přínos kolposkopie vulvy v diagnostice byl dlouho zpochybňován. Možnost včasné identifikace lézí asociovaných s infekcí HPV však vedla k začlenění kolposkopie mezi standardní vyšetřovací postupy. Za přípustné je považováno realizovat vyšetření i pomocí jiného optického zvětšovacího zařízení.

Způsob provedení kolposkopie vulvy se neliší od postupu při vyšetření jiných částí dolního genitálního traktu. Kolposkopické vyšetření je dynamickým procesem a vyžaduje dostatek času. Nálezy je nutné posuzovat nejen jako statické obrazy, ale také je třeba hodnotit jejich průběh a vývoj v čase. Kolposkopie vulvy je prováděna po uložení pacientky na gynekologickém vyšetřovacím křesle. Vyšetření začíná od malého zvětšení, kterým je systematicky skenována celá vyšetřovaná oblast v kraniokaudálním směru. Oblasti vykazující abnormální znaky jsou poté prohlíženy při větším zvětšení a/nebo za použití barevného filtru.

Pro zvýraznění cévních změn a potlačení vlivu keratinizace je vhodné před zahájením kolposkopického vyšetření nejprve aplikovat hydrofilní lubrikant nebo fyziologický roztok. V dalším kroku je aplikován roztok kyseliny octové. Pro možnost adekvátního vyšetření vulvy včetně oblastí s keratinizovaným kožním krytem je nutná aplikace hojného množství koncentrovanějšího roztoku (5%) kyseliny octové. Aplikace by navíc měla být dostatečně dlouhá a měla by trvat 2–3 minuty. Kyselina octová způsobuje reverzibilní koagulaci a precipitaci jaderných proteinů a některých cytokeratinů. V oblastech s dysplastickými změnami, které obsahují hustější koncentraci jaderných proteinů ve vyšších vrstvách epitelu, proto dochází po aplikaci kyseliny octové k jejich precipitaci ve vyšší rovině. Výsledkem je omezení průchodu světelného paprsku skrz epitel, potlačení prosvítání subepiteliálních kapilár a zblednutí pozorovaného povrchu.

Fakultativně je možno na závěr vyšetření aplikovat na vulvu 1% vodný roztok toluidinové modři, ponechat působit 2 minuty a následně omýt 1% kyselinou octovou. Takový postup je označován jako Collinsův test. Toluidinová modř je jaderné barvivo, které při aplikaci *in vivo* fixuje buněčná jádra k povrchu. Díky tomu dojde k obarvení všech oblastí s jadernou aktivitou, jež jsou pozorovány jako modrá

ložiska. Klinický přínos testu je však limitovaný pro nízkou senzitivitu. K obarvení dochází nejen u neoplastických změn, ale i u lacerace, ulcerace, reparačních změn a parakeratózy. Na druhou stranu bylo doloženo, že Collinsův test dokáže odlišit prekancerózu od hyperplastických nenádorových změn a může usnadnit výběr místa k provedení biopsie. Kolposkopické nálezy jsou popisovány podle platné kolposkopické terminologie. Kromě uložení léze, jejího rozsahu, povrchu, okrajů, barevného tónu a reakce s kyselinou octovou jsou hodnoceny i další kolposkopické znaky a jejich rysy.

### 2.3.4 Diagnostika vulvodynie

Péče o pacientky s vulvodynií je vždy multidisciplinární. Hlavní úloha gynekologa spočívá ve vyloučení organických příčin bolesti. V diferenciální diagnostice je na prvním místě nutné odlišit bolesti, které jsou sekundárním projevem jiného primárního onemocnění vulvy (nádor, infekce, zánět aj.). Je také nutné vyloučit úžinový syndrom pudendálního nervu, u kterého se bolesti charakteristicky zhoršují v sedu a k úlevě dochází, pokud pacientka stojí nebo leží, a který lze řešit chirurgickým uvolněním nervu v Alkockově kanálu. Dále je třeba vyloučit primární hypertonus puborektálního svalu na podkladě kostrčového syndromu a odlišit ho od sekundárního spasmu při vulvodynii.

Pro diagnostiku vulvodynie je základem pečlivě odebraná anamnéza. Je třeba zaznamenat dobu trvání bolesti, charakter bolesti, její intenzitu, lokalizaci, propagaci a změny v čase, faktory ovlivňující bolest, kvalitu spánku, předchozí a současnou léčbu, alergie, operační intervence a sexuální anamnézu. Významnou roli hraje i poznání psychosociálního stavu pacientky, zejména rodinného zázemí a partnerského vztahu.

### Literatura

- Bornstein, J., et al. 2011 terminology of the vulva of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *J Low Genit Tract Dis*, 2012, 3, s. 90.
- Cibula, D., Petruželka, L., et al. *Onkogynekologie*. Praha: Grada Publishing, 2009.
- Haefner, H. K., et al. The vulvodynia guideline. *J Low Genit Tract Dis*, 2005, 9, s. 40.

Lynch, P. J., et al. 2006 ISSVD classification of vulvar dermatoses: pathologic subsets and their clinical correlates. *J Reprod Med*, 2007, 52, s. 3.

Lynch, P. J., et al. 2006 ISSVD classification of vulvar dermatoses: pathologic subsets and their clinical correlates. *J Reprod Med*, 2007, 52, s. 3.

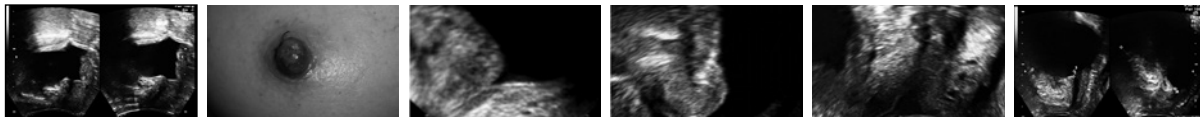
Nosková, P. Léčba vulvodynie z pohledu algeziologa. *Actual Gyn*, 2012, 4, s. 88.

Sideri, M., et al. Squamous vulvar intraepithelial neoplasia: 2004 Modified Terminology, ISSVD Vulvar Oncology Subcommittee. *J Reprod Med*, 2005, 50, s. 807.

Štork, J., et al. *Dermatovenerologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2013.

Wilkinson, E. J., Stone, K. I. *Atlas of vulvar disease*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2008.





# Diferenciální diagnostika pánevních bolestí u žen

Pavel Čepický

Pánevní bolesti patří mezi nejčastější zdravotní potíže u žen ve fertilním věku vůbec. Mohou být akutní, chronické nebo intermitentní.

Akutní pánevní bolest vzniká někdy náhle, „jako když bodne nožem“, jindy spíše subakutně během hodin či několika málo dnů.

Chronická pánevní bolest je definována jako bolest trvající alespoň 6 měsíců. Jistě se setkáváme s pacientkami, které samy za chronickou bolest pokládají i potíže trvající kratší dobu. Jindy může chronická pánevní bolest trvat roky.

Intermitentní pánevní bolest se opakuje v souvislosti s určitým podnětem nebo situací. Patří sem bolesti při menstruaci nebo v nějaké definované fázi menstruačního cyklu, bolesti při souloži, při stolici nebo při močení. Zde je třeba zdůraznit, že je nutno rozlišit skutečnou intermitentní bolest při každé menstruaci, každé souloži, každém močení od situace, kdy menstruace, soulož, močení apod. jsou bolestí provázeny výjimečně, kde jsou jen spouštěcím momentem (ruptura ovariální cysty při souloži) nebo kde jde jen o náhodnou souvislost (i menstrující žena může onemocnět apendicitidou).

## 3.1 Definice pánevní bolesti a bolest gynekologického původu

Za pánevní bolest považujeme bolest, která je lokalizována do podbříšku, může být v podbříšku a v kříži, nikdy není pouze v křížové krajině. Kraniálně bolest nepřesahuje rovinu spinae iliaca ant. sup.

**Poznámka:** „Pánevní bolesti“ zde míníme bolest, která je lokalizována pouze v pánvi. Pánevní bolest je nezřídka součástí bolestí břicha, případně

beder (eventuálně se projevuje i jinde, např. při Münchhausenově syndromu mohou být bolesti doslova kdekoli).

Bolest gynekologického původu splňuje výše uvedenou definici, s ojedinělými a snadno srozumitelnými výjimkami (např. bolest při ovariálním karcinomu nebo peritonitidě gynekologického původu přesahuje kraniálně uvedenou rovinu, bolest při velké myomatózní retrovertované a fixované děloze může být jen v křížové krajině).

Kromě toho se gynekologická bolest nikam nešíří ani nevystřeluje – jen výjimečně se může šířit na vnitřní stranu stehén.

Tuto definici je třeba mít na mysli neustále. Významu nabývá tam, kde chirurg žádá „vyloučit gynekologickou příčinu“. Nesplňují-li potíže pacientky uvedenou definici, je gynekologická příčina velmi nepravděpodobná.

## 3.2 Akutní pánevní bolest

Jak již bylo uvedeno, vzniká někdy náhle, jindy se rozvíjí během několika hodin či několika málo dní.

Rozlišujeme tyto příčiny akutní pánevní bolesti:

- a) **porodnické:**
  - spontánní potrat ve všech stadiích (od *abortus imminens* přes *abortus in cursu* až po *abortus in completus*)
  - mimoděložní a heterotopické těhotenství
  - septický potrat
- b) **gynekologické:**
  - ruptura ovariální cysty s hemoperitoneem nebo bez hemoperitonea
  - torze adnex

- akutní nekróza myomu
- pánevní zánětlivá nemoc
- ovariální hyperstimulační syndrom

c) **chirurgické:**

- apendicitida
- lymphadenitis mesenterialis
- diverticulitis acuta
- perforace rektosigmatu
- akutní komplikace chronických střevních zánětů

d) **urologické:**

- cystitida
- colica renalis
- retence moči

### 3.2.1 Porodnické příčiny akutní pánevní bolesti

Do diferenciální diagnostiky pánevní bolesti patří pouze patologie časného těhotenství, asi do konce čtvrtého měsíce. Poté již děloha dosahuje nad rovinu spinae iliacae ant. sup. a její případná bolest už definici pánevní bolesti nesplňuje.

#### ▪ Spontánní potrat

Spontánní potrat se projevuje křečovými bolestmi v podbřišku a krvácením. Jak potrat pokračuje, bolesti zesilují a krvácení, zprvu tmavou tekutou krví, se stává krvácením v koagulech. Po vypuzení plodového vejce bolesti ustávají a brzy nato slábnou i krvácení.

Diagnóza se stanoví z anamnézy (prokázané nitroděložní těhotenství), klinických příznaků a vaginálního vyšetření. Vyšetření ultrazvukem diagnózu obvykle definitivně potvrdí.

**Diferenciálně diagnostický problém:** Diferenciálně diagnostický problém představuje mimoděložní a heterotopické těhotenství. Na mimoděložní těhotenství je třeba myslet tam, kde už neprokážeme intrauterinní graviditu a je zde anamnéza pozitivního těhotenského testu. Zda se spolehnout na anamnestický údaj, že „pan doktor těhotenství ultrazvukem viděl“, záleží hodně na okolnostech – sám radím při jakýchkoli pochybnostech na to raději nespolehat. Nejsou-li jasné známky indikující operační řešení (peritoneální dráždění, volná tekutina v dutině břišní, nepochybná extrauterinní gravidita mimo dělohu apod.), pomůže opakované vyšetření hladiny humánního choriového gonadotropinu (hCG). Stanovíme-li ji hned po iniciálním vyšetření pacientky a poté ráno následujícího dne, pak, šlo-li o spontánní potrat, bude situace již jasná. To většinou platí,

i když neprovedeme instrumentální revizi dutiny děložní; a tím spíše to platí, provedeme-li ji.

#### ▪ Mimoděložní těhotenství

Dnes se většinou mimoděložní těhotenství zachytí ještě v bezpříznakovém období – když má žena pozitivní těhotenský test a neprokáže se přítomnost plodového vejce v děloze. Pokud žena v této fázi gynekologa nenavštívila, může dojít k ruptuře vejcovodu nebo tubárnímu potratu. Zbývající dvě možnosti osudu mimoděložního těhotenství jsou jeho subklinický zánik, někdy s neurčitým pánevním diskomfortem a/nebo krvácením z rodidel, a výjimečně do-  
nošené mimoděložní těhotenství.

Ruptura vejcovodu je charakterizována náhle vzniklou bolestí v podbřišku provázenou rychlým rozvojem šokového stavu. Zde je žena bezprostředně ohrožena na životě. Při tubárním potratu se bolesti rozvíjejí postupně (anamnéza může být několikadenní, v extrémních případech i několikátýdenní), mívají spíše kolikovitý proměnlivý charakter, může dojít k postupné anemizaci. V typickém případě jsou bolesti provázeny krvácením, které nastalo po předchozím období amenorey – zdaleka to však není sto-  
procentní pravidlo.

Diagnóza se stanoví na základě pozitivního těhotenského testu, klinických příznaků a vaginálního vyšetření (malá děloha neodpovídající graviditě, bolestivá rezistence v adnexální krajině, bolestivá palpáce Douglasova prostoru). Zásadní význam má vyšetření ultrazvukem – především nepřítomnost plodového vejce v děloze, dále nález nehomogenní rezistence vedle dělohy, přítomnost volné tekutiny v dutině pánevní.

Mimoděložní těhotenství je mimořádně zálučné onemocnění s neobyčejně variabilním klinickým obrazem. U žen ve fertlím věku je na něj nutno myslet vždy, snad s výjimkou těch, které s jistotou správně užívají kombinovanou hormonální nebo gestagenní antikoncepci. Pacientkou uváděná neplodnost nebo i léčená neplodnost mimoděložní těhotenství nevylučuje! Totéž platí pro intrauterinní antikoncepci, kde je sice otěhotnění vzácné, ale nastane-li přece, je riziko, že je mimoděložní, velmi vysoké.

**Diferenciálně diagnostický problém:** Pokud se na mimoděložní těhotenství nepomyslí, je možno ho zaměnit doslova za cokoli. Pokud se na něj pomyslí a provede se těhotenský test, je možná pouze záměna se spontánním potratem.

V této souvislosti platí: Žádný ultrazukový nález, ať na děloze, ať na jejím okolí, nevylučuje mimoděložní těhotenství. Ultrazuk může extrauterinní graviditu prokázat, ale nedokáže ji vyloučit.

Z řečeného plyne, že u každé pacientky ve fertilním věku s pánevními bolestmi (s vykřičníkem, jsou-li provázeny poruchou cyklu, ať již krvácením mimo cyklus, ať již amenoreou) je krajně doporučením vyšetřit hCG – stačí z moči. Zde citlivost testu odpovídá cca 20 IU/l, což je v akutní situaci zcela postačující (negativní test sice mimoděložní graviditu nevylučuje s absolutní jistotou, vylučuje však mimoděložní graviditu, která by mohla být příčinou potíží nebo pacientku ohrozit).

#### ▪ Heterotopické těhotenství

Heterotopické těhotenství je současný výskyt intrauterinní a extrauterinní gravidity. U spontánního otěhotnění je to situace zcela kuriózní, avšak myslet na ni je nutno vždy tam, kde byl proveden transfer dvou (nebo více) embryí a v dutině děložní nalezneme jediné plodové vejce. K náhlé příhodě by vůbec nemělo dojít, stav by měl být rozpoznán a vyřešen ještě před tím. Každopádně po transferu dvou embryí je nutno na možnost heterotopické gravidity pamatovat vždy.

**Poznámka:** Rozpoznat, že jedno z dvojčat je umístěno intrauterinně a druhé extrauterinně, nemusí být tak jednoduché, jak by se mohlo zdát. Každá dvojčata po IVF by měl raději vyšetřit expertní sonografista.

#### ▪ Septický potrat

Septický potrat je „spontánní“ potrat provázený klinickými i laboratorními známkami zánětu. Důležité je, že žena často možnost těhotenství popírá.

Obraz je dnes velmi vzácný, nicméně je důležitý z hlediska zdravotního (život ženy může být bezprostředně ohrožen) i forenzního – septický potrat je nejčastěji důsledkem kriminálního potratu.

**Diferenciálně diagnostický problém:** Septický potrat lze zaměnit s pánevní zánětlivou nemocí či apendicitidou. Pokud se držíme pravidla, že u každé ženy ve fertilním věku je nutno pomýšlet na patologii těhotenství a provést těhotenský test, je diagnóza snadná.

### 3.2.2 Gynekologické příčiny akutní pánevní bolesti

#### ▪ Prostá ruptura ovariální cysty (bez hemoperitonea)

Projevuje se náhle vzniklou bolestí z plného zdraví – „jako když vrazí nůž“. Bolesti často předchází nějaký

inzult (nejčastěji soulož). Bolest může být velmi silná, ale poměrně rychle ustupuje, při příchodu k lékaři může být pacientka už bez potíží.

Fyzikální i laboratorní vyšetření je negativní, totéž může platit i pro ultrazukové vyšetření (může být malé množství tekutiny v pánvi a někdy lze zaznamenat zbytek cysty). Diagnóza bývá stanovena víceméně per exclusionem.

**Diferenciálně diagnostický problém:** Lze zaměnit s rupturou cysty s hemoperitoneem. Rozpoznání při prvním vyšetření může být nemožné. Možnost rozvoje hemoperitonea zdůvodňuje, proč je tyto pacientky vždy vhodné krátkodobě hospitalizovat a odeslat laboratorní vyšetření (krevní obraz a ovšem hCG k vyloučení mimoděložní gravidity).

#### ▪ Ruptura ovariální cysty s hemoperitoneem

Začátek je stejný jako v předchozím případě. Bolest však neustupuje, stává se trvalou, lokalizovanou v podbřišku, postupně se rozvíjí hemoragický šok.

Diagnózu lze stanovit z anamnézy a klinického vyšetření, ultrazuk prokáže volnou tekutinu v dutině pánevní. Definitivní diagnóza je až peroperační, operaci si vynutí peritoneální dráždění, zhoršování krevního obrazu a rozvoj šokového stavu.

**Diferenciálně diagnostický problém:** Odlišení od ruptury vejcovodu při mimoděložním těhotenství je možné pouze pomocí těhotenského testu – je tedy snadné, nicméně není podstatné, protože oba stavy se řeší neodkladnou operací. Závažným problémem může být přehlédnutí nebo podcenění rozvíjejícího se hemoperitonea.

#### ▪ Torze adnex

Hypoxická bolest vznikající při uskřinutí torkvovaných cév zásobujících adnexa. Bolest nestejného charakteru, víceméně stálá, nutí pacientku k hledání úlevové polohy. Protože torkvují téměř bez výjimky cysticky změněná adnexa (obvykle ovariální cysta, někdy velký saktosalpinx), při vaginálním vyšetření hmatáme velmi silně bolestivou nápadnou jednostrannou rezistenci, jejíž přítomnost potvrdí ultrazuk.

**Diferenciálně diagnostický problém:** Víceméně žádný, nález silně bolestivé jednostranné rezistence vedle dělohy je typický. Záměna by byla možná snad jedine s torkvovaným stopkatým subserózním myomem, což je velmi vzácná příhoda a terapie se ostatně neliší (operace), nebo s mimoděložním těhotenstvím, pokud by lékař neprovedl těhotenský test.

Definitivní diagnóza je ovšem až operační, bolesti a nález pánevního tumoru si obvykle neodkladnou operací vynutí.

#### ■ Akutní nekróza myomu

Děložní myom je zásobován jedinou cévou, při jejímž přerušení může nastat akutní nekróza myomu provázená bolestí. Je to velmi vzácná příhoda, nejspíše může postihnout stopkatý subserózní myom. Vaginálně lze vyhatat dělohu s bolestivým myomatózním uzlem.

**Diferenciálně diagnostický problém:** Při torzi subserózního myomu připadá v úvahu záměna s torzí adnex – v diagnóze může rozhodnout ultrazvuk nebo se správná diagnóza učiní až při operaci.

#### ■ Pánevní zánětlivá nemoc

Na rozdíl od předchozích se klinický obraz, který charakterizuje především bolest v podbříšku, rozvíjí postupně během několika dní. Může být přítomen výtok nebo krvácení z rodidel (příznak endometritidy). Zánět začíná jako endometritida, šíří se na tuby (salpingitida), vaječníky obvykle vynechává, pak postupuje na pánevní pobříšnici (pelveoperitonitida), případně se může rozvinout difúzní peritonitida nebo pánevní absces. Bolest má stálý charakter a (s výjimkou jednostranného tubárního nebo ovariálního abscesu, což je ovšem pozdní nález) je symetrická – zprvu jen ve střední čáře (endometritida), později i bilaterálně (salpingitida). Podobně palpační citlivost: zprvu jen děloha, poté děloha a krajina obou adnex, posléze i citlivost Douglasova prostoru (značí počínající pelveoperitonitidu). Současné mohou být patrné i příznaky cystitidy (protože nejčastější původci pánevní zánětlivé nemoci, tj. *Chlamydia trachomatis* a *Neisseria gonorrhoeae*, napadají nejen genitál, ale i močové cesty).

Laboratorní známky zánětu bývají v počínajících fázích zcela negativní, postupně stoupá sedimentace erytrocytů (FW), C-reaktivní protein (CRP), leukocyty (vzestup je rychlejší a výraznější u kapavky než u chlamydiové infekce).

**Diferenciálně diagnostický problém:** V počínajících fázích je diagnóza vždy jen pravděpodobnostní, záměna za nevysvětlitelný pánevní diskomfort těžko objasnitelného a obvykle nikdy neobjasněného původu je častá. Nicméně léčba antibiotiky při pouhém podezření jistě není chybou, zánět je často oligosymptomatický a může mít závažné následky (neplodnost). Je však vhodné být opatrný s informa-

cí pacientce. Věta: „Je to zánět vaječníků.“ může být zavádějící a zmást nejen pacientku, ale i kolegu, který bude potíže pacientky řešit v budoucnosti. Jediná jistá diagnóza počínající pánevní zánětlivé nemoci je laparoskopická.

Při dalším rozvoji pánevní zánětlivé nemoci je obraz dosti typický. Obávaná záměna za apendicitidu je ve skutečnosti vzácná: Při apendicitidě je bolest jednostranná, při pánevní zánětlivé nemoci je symetrická (pokud žena není po jednostranné adnexektomii). Při pánevní zánětlivé nemoci je vždy přítomna endometritida (bolestivá děloha, často krvácení mimo cyklus), ta při apendicitidě chybí. Apendicitida je obvykle provázena brzkým vzestupem zánětlivých markerů, který při pánevní zánětlivé nemoci zpočátku většinou chybí. Problémy mohou být při rozvoji pánevního abscesu, což je však při pánevní zánětlivé nemoci až pozdní záležitost, která při řádné včasné léčbě nenastává.

**Poznámka:** Izolovaná jednostranná akutní adnexitida prakticky neexistuje (leda snad u ženy po kontralaterální salpingektomii, ale i zde je adnexitida provázena endometritidou). Jednostranná asymetrická bolest v podbříšku činí diagnózu gynekologického zánětu velmi nepravděpodobnou.

#### ■ Ovariální hyperstimulační syndrom

Ovariální hyperstimulační syndrom je iatrogenní onemocnění, komplikace hyperstimulace vaječníků v programech asistované reprodukce. Bolest má trvalý charakter, jsou hmatná (u hubených žen i viditelná) hyperstimulovaná ovaria dosahující až k pupku. V těžších stupních se rozvíjí ascites, případně též hydrotorax.

Diagnóza je snadná a učiní se z anamnézy hyperstimulace.

**Diferenciálně diagnostický problém:** U rozvinutého hyperstimulačního syndromu jsou anamnéza i klinický obraz zcela typické a jedinečné. Obtížný diferenciálně diagnostický problém může nastat při krvácení do dutiny břišní po punkci folikulu. Na možnost této – třebaže dosti vzácné – situace je nutno pamatovat. Klinický obraz se rozvíjí rychle (na rozdíl od „prostého“ hyperstimulačního syndromu) za příznaků anemizace a šokového stavu.

V praxi se můžeme setkat s problémem, když pacientku s hyperstimulovanými ovárii postihne jiné onemocnění s projevy pánevní bolesti (zažil jsem apendicitidu). Situace není jednoduchá a definitivní