

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

Seznam zkratk	XI	3.2.5 Diferenciálně diagnostický postup při akutní pánevní bolesti	22
Úvod	XV	3.3 Intermitentní pánevní bolest	22
1 Vulvovaginální diskomfort (<i>Pavel Čepický</i>)	1	3.3.1 Bolest v souvislosti s menstruačním cyklem	22
1.1 Vyšetření	1	3.3.2 Bolest v souvislosti s pohlavním stykem	24
1.2 Akutní vulvovaginální diskomfort	2	3.3.3 Bolest v souvislosti s defekací (dyschezie)	25
1.3 Chronické a recidivující vulvovaginitidy	2	3.3.4 Bolest v souvislosti s močením (dysurie)	25
1.4 Některé vzácné příčiny chronického vulvovaginálního diskomfortu	3	3.4 Chronická pánevní bolest	26
2 Diferenciální diagnostika nálezů na vulvě (<i>Jiří Sláma</i>)	5	Literatura	27
2.1 Klinicko-patologická klasifikace onemocnění vulvy	5	4 Inkontinence moči (<i>Jaromír Mašata</i>)	29
2.1.1 Prekancerózy vulvy	5	4.1 Symptomy inkontinence moči – definice	29
2.1.2 Nádory vulvy	6	4.2 Poruchy shromažďování moči – definice	29
2.1.3 Vulvární dermatózy	6	4.3 Znamky (projevy, nálezy) inkontinence moči	30
2.1.4 Infekční onemocnění vulvy	7	4.4 Mikční karty a deníky	30
2.1.5 Vulvární bolest	7	4.5 Urodynamické vyšetření	32
2.2 Klinická klasifikace onemocnění vulvy	8	4.5.1 Uroflowmetrie	32
2.3 Zásady diagnostiky onemocnění vulvy	10	4.5.2 Měření postmikčního rezidua	32
2.3.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření	11	4.5.3 Cystometrie	32
2.3.2 Diagnostický algoritmus	13	4.6 Radiologické vyšetření	36
2.3.3 Kolposkopické vyšetření	13	4.7 Magnetická rezonance	36
2.3.4 Diagnostika vulvodynie	15	4.8 Ultrazukové vyšetření	37
Literatura	15	4.8.1 Anatomické struktury zobrazované při urogynekologickém vyšetření	37
3 Diferenciální diagnostika pánevních bolestí u žen (<i>Pavel Čepický</i>)	17	4.8.2 Technika ultrazukového vyšetření	37
3.1 Definice pánevní bolesti a bolest gynekologického původu	17	4.8.3 Současné možnosti využití ultrazukového vyšetření v urogynekologii	37
3.2 Akutní pánevní bolest	17	4.9 Léčba stresové inkontinence moči	43
3.2.1 Porodnické příčiny akutní pánevní bolesti	18	4.10 Hyperaktivní močový měchýř	43
3.2.2 Gynekologické příčiny akutní pánevní bolesti	19	4.11 Anticholinergní látky	44
3.2.3 Chirurgické příčiny akutní pánevní bolesti ...	21	4.11.1 Chemické vlastnosti anticholinergních látek	44
3.2.4 Urologické příčiny akutní pánevní bolesti ...	21	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
5 Poruchy menstruačního cyklu		8.4.2 Vaječníky	80
(Pavel Čepický)	49	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	9 Klasifikace gynekologických nádorů	
5.6 Poruchy cyklu u uživatelék HRT	53	(Pavel Dundr, Kristýna Němejcová)	93
6 Syndrom polycystických ovarii (Michael Fanta,		9.1 Úvod do problematiky	93
<i>Jana Vrbíková)</i>	55	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
7 Hirsutismus (Michael Fanta)	69	9.4.3 Mezenchymální nádory	99
7.1 Diagnostika	69	9.5 Nádory těla děložního	99
7.2 Diferenciální diagnostika	70	9.5.1 Epitelové nádory	100
7.3 Léčba	71	9.5.2 Smíšené epitelové a mezenchymální	
7.3.1 Nefarmakologické metody	71	nádory	101
7.3.2 Farmakologické metody	72	9.5.3 Mezenchymální nádory	102
Závěr	73	9.6 Nádory děložní tuby	104
Literatura	73	9.6.1 Prekurzor high-grade serózního	
8 Sterilita (Dana Koryntová)	75	karcinomu	104
8.1 Úvod do problematiky	75	9.7 Nádory ovaria	104
8.2 Anamnéza a faktory ovlivňující		9.7.1 Epitelové nádory	104
plodnost páru	76	9.7.2 Mezenchymální nádory	109
8.3 Fyzikální vyšetření	78	9.7.3 Smíšené epitelové a mezenchymální	
		nádory	109
		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
10 Diferenciální diagnostika nálezů na děložním hrdle (Jiří Sláma)	113	14.4 Biomarkery	141
10.1 Úvod do problematiky	113	Literatura	142
10.2 Onkologická cytologie	114	15 Laparoskopie v diferenciální diagnostice ženských chorob (David Kužel)	145
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	16 Diferenciální diagnostika nejčastějších symptomů ženských sexuálních dysfunkcí, pohlavní orientace a identifikace (Zlatko Pastor)	151
11 Diferenciální diagnostika děložních myomů (Michal Mára, Filip Frůhauf, Zdeňka Lisá)	123	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
12 Prolaps pánevních orgánů (Jaromír Mašata)	131	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	17 Mamární diskomfort (Pavel Strnad)	163
13 Hysteroskopie v diferenciální diagnostice ženských chorob (David Kužel)	135	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
14 Diagnostika benigních a maligních ovariálních nádorů (Daniela Fischerová, Michal Zikán)	137	17.4 Mastitida	167
14.1 Incidence a mortalita u maligního ovariálního nádoru v ČR	137	17.5 Mastodynie	168
		Literatura	171

18 Úvod do diferenciální diagnostiky v těhotenství (Pavel Čepický).....	173	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
19 Kardiokografie a jiné metody sledování stavu plodu za porodu (Pavel Čepický).....	181	Závěr	194
19.1 Kardiografie	181	Literatura	194
19.1.1 Bazální frekvence.....	181	21 Poznámky k diferenciální diagnostice v šestinedělí (Pavel Čepický).....	197
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	Možnosti léčby	
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	Rejstřík	201
Literatura	188	Souhrn	207
20 Intrapartální hypoxie plodu (Lukáš Hruban, Petr Janků).....	189	Summary	208

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 _a	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 ovarií (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	videocystouretrografie
VVV	vrozené vývojové vady dělohy
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation)

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.

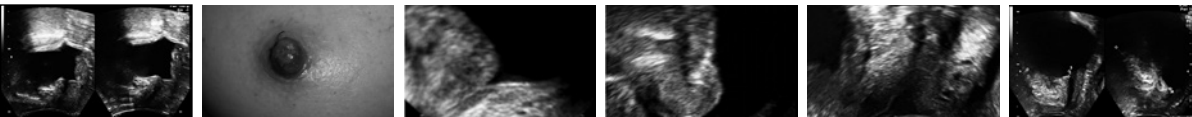
Běžné učebnice ovšem od symptomu k nemoci nepostupují a diferenciální diagnostika se nevyučuje (ostatně ani nezkouší) – začínající lékař ji obvykle jen tak intuitivně pochyťává ze zkušeností s pacientkami a z kontaktu se staršími kolegy. Často pak postupuje tak, že nabere škálu laboratorních vyšetření 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 prenatalní 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.



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, trichomoníazu, 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).