NÁHLÉ PŘÍHODY V GYNEKOLOGII

* Stavy s náhlým vznikem, rychlým průběhem a rychlou dynamikou změn vyžadující neodkladné řešení
* Ohrožují pacientku na životě a mohou mít vliv na reprodukci
* Diagnostika i ve spolupráci s chirugem nebo urologem
* Dělení – Související s graviditou x gynekologické x negynekologické (není předmětem otázky)
* Anatomické x zánětlivé x krvácivé
* Souvislost s IVF

# diagnostika

* Vždy důkladná anamnéza zaměřená na nynější onemocnění (kdy to začalo, co se dělo, co pacientka dělala atd.)
* Klinické i subjektivní příznaky - **bolest**
* Fyzikální vyšetření
  + Celkový vzhled
  + FF včetně stavu vědomí, diurézy, zvracení, vyprazdňování
  + Objektivní nález (5P) – hledáme známky peritoneálního dráždění (defense musculaire), krvácení
  + Gynekologické vyšetření – per speculam, bimanuálně
* Laboratorní vyšetření – KO, koagulace, mineralogram, biochemie, CRP,  **hCG**
* Zobrazovací metody – UZ, RTG, CT atd.

# Gravidita extrauterina

* Nejčastější NPB v gynekologii
* Nidace plodového vejce mimo cavum corporis uteri (tuba, istmus, cervix)
* Ektopicky nidace blastocysty v cca 0,5 % všech těhotenství
* Heterotopická gravidita = existuje intra i extrauterinní gravidita současně (cca 0,01 %)
* Blastocysta niduje šestý den – niduje tam, kde se nachází

## Tubární gravidita (infundibulární, isthmická, ampulární)

* Možné průběhy:

1. Embryo po nidaci zahyne a vstřebá se – krvácení je pak považováno za opožděnou menstruaci
2. Vznikne tubární mola – plodové vejce se zaniduje, zvětší, choriové klky naruší cévy tuby, nastane krvácení do obalu vejce, vejce se odloučí a obalí krevními sraženinami
   * Časem se může vstřebat
   * Častěji kontrakce tuby vypudí plodové vejce do dutiny břišní – vznikne abortus tubarius
   * Krev a krevní sraženiny se pozvolna hromadí v Douglasově prostoru nebo v dutině břišní
   * Při rychlém krvácení vyžaduje urgentní chirurgické řešení
3. Trofoblast proroste stěnou tuby – nastane ruptura tuby a rozsáhlé masivní krvácení

## intersticiální gravidita

* Gravidita uložena v děložním rohu
* Špatně rozpoznatelná
* Hrozí ruptura stěny a silné krvácení
* Terapií je resekce rohu děložního

## cervikální

* Cervikální kanál – stěna je tvořen převážně kolagenní tkání – slabá kontrakční činnost
* Gravidita vede k abortu provázeném profuzním krvácením – obtížná zástava

## tuboabdominální gravdita

* Velmi vzácně bývá při pokročilejší tubární graviditě plod vypuzen z tuby, přičemž placenta zůstane uchycená v tubě nebo zadní děložní stěně
* Plod bývá uchycen v Douglasově prostoru

## další typ – ovariální, v jizvě po sc

* U žen po císařském řezu důsledná diagnostika místa nidace plodvého vejce!

## rizikové faktory

* Gynekologické záněty
* IUD
* Endometrióza, hypoplazie tuby
* Hormonální a nervové dysfunkce ovlivňující motilitu tuby
* Metody IVF a embryotransfer – embryo retrográdně proniká do salpingu

## diagnostika

* Velmi obtížná!
* Anamnéza
* Klinický obraz
  + Porucha cyklu, bolest podbřišku, nepravidelné krvácení, nález adnexálního tumoru, nejisté i pravděpodobné známky gravidity
  + Při ruptuře tuby – náhlá prudká bolest v podbřišku, peritoneální dráždění, kolapsový stav, hemoperitoneum, nucení na močení, rektální tenesmy, známky hemoragického šoku
  + Oehleckerův příznak – iritace n. pfrenicus v leže, bolest šířící se k lopatce a rameni
* Stanovení hCG (možno dovyšetření β Estrogenu, Progesteronu -není standardem)
  + hCG bývá pozitivní, ale nižší než u standartní gravidity a s prodlouženým doublig time
  + Estrogen a progesteron mají nízké hodnoty
* USG
  + V děloze bývá vysoká sliznice či pseudogestační váček na UZ (centricky , bez hyperecho lemu)
* LSK
  + Definitivní potvrzení diagnózy i s terapií

## terapie

* Operační výkon – většinou LSK - dle uložení – salpingectomie, resekce

# torze adnex

* Druhá nejčastější NPB v gynekologii
* Nejčastěji v graviditě, při tumoru, ovariální cystě
* Dochází k obtočení ovaria či celých adnex kolem své osy – v závěsných ligamentech běží cévní svazek
* Subtorze
  + Částečné otočení (do 180°)
  + Dochází k uskřinutí venózního řečiště, stagnaci krve, hypertermii, edému
* Úplná torze
  + Torze větší než 180°
  + Dochází k zaškrcení i arteriálního řečiště, zastavení přísunu okysličené krve
* Riziko nekrózy, ruptury, krvácení, sekundární infekce

## diagnostika

* Anamnéza
  + Známá cysta na ovariu
  + Většinou předcházela fyzická aktivita
* Klinický obraz
  + Náhle vzniklá prudká bolest podbřišku
  + Nauzea, zvracení, šokový stav
  + Známky peritoneálního dráždění
* USG + Doppler

## terapie

* Operační výkon – většinou LSK - akutní výkon
* Snaha o detorzi adnex, následný postup je vázaný na vitalitu adnex, možná fixace, ošetření cysty

# RUPTURa cysty, tumoru, saktosalpingu, …

* Často vzniká po fyzické námaze (sex)
* Nejčastěji ruptura cysty – dominatní folikul, prostá cysta, (nejčastější), hemorrhagická, endometriální
* Riziko krvácení do malé pánve, dutiny břišní

## diagnostika

* Anamnéza
  + Předcházející fyzická aktivita
  + Přítomnost cyst, historie cyst na ovariu
* Klinický obraz
  + Náhle vzniklá prudká bolest podbřišku
  + Nauzea, zvracení, šokový stav
  + Známky peritoneálního dráždění, bolest při pohybech cervixem – dráždí pohyb volné tekutiny
  + Tlak na konečník (krev v cavum Douglasi)
* USG

## terapie

* Konzervativní přístup – mírný klinický průběh, stabilní vitální funkce
  + Analgetika
  + Klidový režim
  + Observace - sledování vitálních funkcí, vývoje laboratoří, UZ množství volné tekutiny
* Operační výkon – většinou LSK - dle příčiny – koagulace zdroje krvácení, evakuace, drenáž

# ADNEXITIDA

* = hluboký pánevní zánět (PID = pelvic inflammatory disease)
* = současné postižení vejcovodu a vaječníku (při zánětlivém spojení se tvoří adnextumor infalmatorius)
* Může mít různou závažnost – od nekompilovaného průběhu po septický šok
* Riziko dlouhodobých následků (sterilita, infertilita, chronická pánevní bolest)
* Riziko šíření infekce
* Rozlišuje formy akutní, subakutní, rekurentní, chronické

## Rizikové faktory

* Promiskuita - sexuálně přenosné infekce
* Abort, porod
* Intrauterinní výkony
* IUD

## Etiologie

* Chlamydia trachomatis (nejčastěji)
* Neisseria gonorrhoeae
* Aerobní a anaerobní mikroby

## diagnstika

* Anamnéza
* Klinický obraz
  + Dán rozsahem zánětlivého procesu
  + Bolest v oblasti hypogastria bilaterálně, tlak, propagace bolesti do zad, DK
  + Subfebrilie až febrilie
  + Polakisurie, nauzea, zvracení, únava
  + Prosáklá, zvětšená, bolestivá adnexa, bolestivé rezistence zánětlivých adnextumorů
  + Známky peritoneální dráždění
  + U chronické formy – často asymptomatická, dyspareunie, chronické bolesti podbřišku, ztluštění adnex
* UZ
* Laboratorní vyšetření (Krevní obraz + diff, základní biochemie, CRP, kultivace z cervixu, hemokultury)
* Probatorní LSK

## terapie

* ATB terapie
  + Perorálně či i.v.
  + Dle kultivace a citlivosti
  + Pokud nevíme (ze začátku) dvojkombinace ATB Amoxicilin + Metronidazol, při nedostatečném efektu lze přidat Gentamicin (POZOR NE TĚHOTNÉ!)
* Hydratace, analgetika, šetřící dieta
* Klidový režim
* Operační výkon – při PID nereagujícím na ATB

# OHSS (ovariální hyperstimulační syndrom)

* Komplikace stimulace ovarií při IVF či dárcovství oocytů
* Od lehkých forem po formy život ohrožující
* Rozlišujeme
  + Časný OHSS – při stimulaci ovarií a odběru oocytů
  + Pozdní OHSS – v počátcích těhotenství

## diagnostika

* Anamnéza
* Klinický obraz
  + Zvětšení ovarií
  + Tvorba ascitu, pleurálního a perikardiálního výpotku
  + Hypovolémie, hemokoncentrace
  + Tachykardie, oligurie
  + Hyperkoagulační stav
  + Zhoršení jaterních testů
* Laboratorní metody – hormonální profil, základní biochemie, koagulace, krevní obraz
* UZ

## terapie

* Klidový režim, analgetika
* LMWH profylaxe
* Kontrola příjmu a výdeje tekutin
* Hepatoprotektiva
* Punkce ascitu – při symptomatologii dušnosti nebo diagnostická
* Infuze albuminu - ztráty bílkovin do ascitické tekutiny
* NE DIURETIKA!!! – zhoršení hemokoncentrace

# GYnekologická život ohrožující krvácení

* Probíhají akutně či chronicky

## krvácení ze zevních rodidel

* Hluboké a silně krvácející trhliny
  + Po pádu na tvrdý předmět (děti)
  + Při znásilnění či defloraci
  + Při masturbaci, různých sexuálních praktikách
  + Součást polytraumat
  + Komplikace při LAVH, TLH, odstraňování cizích těles z pochvy
* První pomoc
  + Zevně sterilně krytí
  + Komprese místa krvácení
  + Při krvácení v pochvě tamponáda
* Definitivní ošetření – podvaz zdroje krvácení a sutura

## krvácení z děložního hrdla

* Při karcinomu, cervikálním polypu, komplikace po operacích na hrdle
* Ošetření závisí na příčině krvácení
  + Po instrumentálním poranění – umístění hemostatického matriálu (Spongostan, Traumacel)
  + Při polypu odstranění
  + Při karcinomu dočasné ošetření krvácení a následná kauzální léčba
  + Založení tamponády do pochvy

## krvácení z děložní dutiny

* Dysfunkční změny endometria, nádory dělohy, myom, polyp
* Spontánní , in/kompletní abort, reziduální tkáň po porodu / potratu
* Poruchy koagulace, …
* Terapie je operační – hemostatická kyretáž, uterotonika, krevní náhrada
* …při neúspěchu až podvaz hypogastrických cév či hysterektomie

# další stavy

* TEN, embolie, hemorrhagický šok, anafylaktický šok, synkopa, …

# slovníček

* Defense musculaire = reflexní kontrakce svalů břišní stěny při peritoneálním dráždění
* IUD = intrauterine device = nitroděložní tělísko
* Oehleckerův příznak = bolest vystřelující pod lopatku či do ramenního kloubu
* Doubling time = zdvojnásobení naměřených hodnot
* LSK = laparoskopie
* Sterilita = neschopnost početí
* Infertilita = neschopnost donosit životaschopný plod
* LMWH = nízkomolekulární (frakciované) hepariny
* LAVH = laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
* TLH = totální laparoskopická hysterektomie
* TEN = tromboembolická nemoc