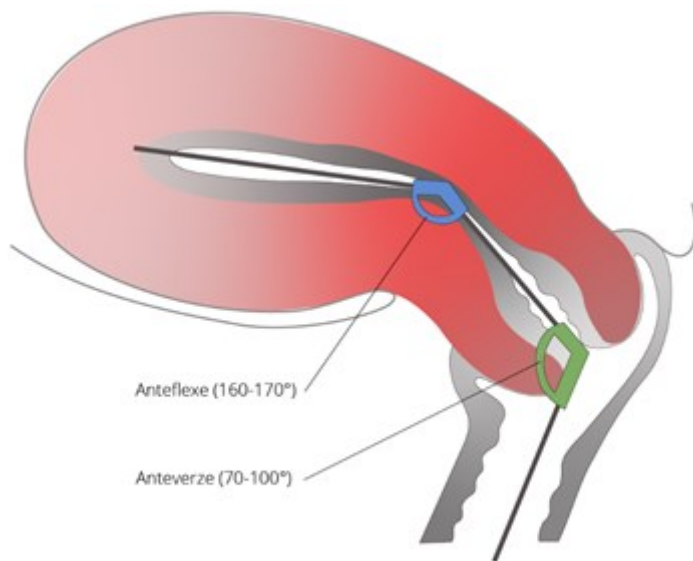


## 10. NEPRAVIDELNOSTI A SESTUP PÁNEVNÍCH ORGÁNŮ



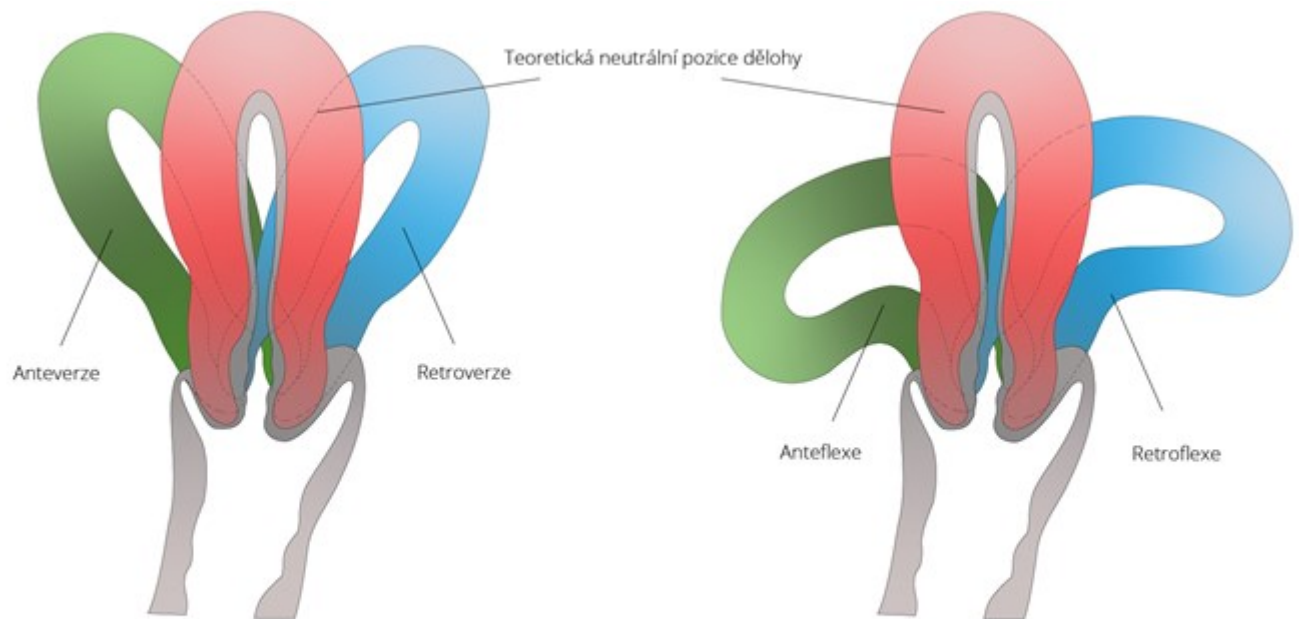
Děloha v anteverzi a anteflexi

### Normální postavení a poloha dělohy

- v malé pánvi, za močovým měchýřem, před konečníkem
- normálně je děloha v anteverzi a anteflexi, většinou ji provází lateropozice a dextrotorze
- **Anteflexio**
  - ohnutí dělohy v isthmus tak, že osa těla svírá s osou krčku vpřed otevřený tupý úhel
- **Anteversio**
  - vzniká překlopením anteflektované dělohy vpřed podél příčné osy probíhající isthmem
  - úhel osy hrdla vůči ose těla dělohy
  - osa krčku svírá s osou pochvy vpřed otevřený tupý úhel
- **Lateropositio**
  - děloha mírně vysunuta stranou
  - posunutí do strany vlevo – sinistropozice
  - vpravo – dextropozice
- **Dextrotorsio**
  - děloha je natočena podle dlouhé osy doprava

Normální uložení dělohy je zejména podmíněno jejím správným tvarem (anatomickým utvořením) a dobrým fixačním a podpurným aparátem. Na správném postavení a pozici dělohy se podílí:

- **pánevní dno** – podpurní funkce, poruchy pánevního dna vedou k sestupu pánevních orgánů (POP)
- **závěsný aparát** – ligamentum cardinale uteri (fixace dělohy k stěnám pánve)
  - ligamenta sacrouterina – od dělohy kolem recta až k os sacrum
  - ligamenta vesicouterina – od dělohy k močovému měchýři a dále pak k symfýze  
jako ligament  
a pibovesicalia
- ligamentum teres (rotundum) uteri – od děložních rohů přes inguinální kanál do velkých stydkých pysků



### Uložení dělohy v malé pánvi

velkých stydkých pysků

**Nepravidelnosti uložení dělohy** – odchýlení z normálního uložení v různém směru

- **Ve vztahu osy hrdla k ose těla dělohy (flexio)**
  - **Retroversio-flexio uteri**
    - děloha skloněna vzad a osa těla děložního svírá s osou hrdla tupý úhel otevřený dozadu
    - nejčastější odchylka, která se vyskytuje asi u 10-15 % žen
    - odchylka vzniká až v době dospívání, příčiny jsou vrozené či získané (úraz, adhezivní proces v malé pánvi, někdy po porodu), bývá i familiární predispozice
    - jedná se spíše o **variantu normy**, která nemá většinou klinický význam
    - pacientky jsou většinou asymptomatické, často jako náhodný nález na UZ
    - někdy komplikace: bolesti v zádech, dyspareunie, hypermenoreou, metrorrhagie, obstrukce
    - při **fixované retroflexi-verzi** je děloha adherována k CD (cavum Douglasi) endometriózou nebo prozánětlivými srůsty – ještě více vystupňované obtíže, někdy sterilita či infertilita
    - v graviditě se děloha normálně napřimuje, zřídka zůstává děloha zaklíněna v retroverzi, pak mluvíme o tzv. **inkarceraci dělohy** (uskřinutí dělohy v retroverzi) – lze se pokusit o konzervativní řešení formou manuální repozice přes pochvu, pokud neúspěšné lze se pokusit o operační repozici abdominálním přístupem, kdy se uvolní srůsty a děloha z CD, pokud je i toto neúspěšné, je nutné ukončení gravidity císařským řezem.
  - **Hyperanteflexio uteri**
    - nejčastěji spolu s hypoplazií dělohy nebo u infantilních typů
- **Ve vztahu ke střední čáře (laterodeviatio)**
  - změna směrem do strany – k pánevní stěně
  - většinou způsobená na procesech v malé pánvi – tumor, zánětlivé změny
  - Th: řešení základné příčiny
  - samotná laterodeviace jako taková není problémem a není nutno jí řešit, spíše se jedná o popis stavu, polohy dělohy, pokud nutno, řeší se příčiny

- **Ve vztahu k pánevnímu dnu**
  - **Elevatio uteri**
    - změnu netěhotné dělohy kraniálním směrem diagnostikujeme zřídka
    - elevace dělohy je vyvolána tlakem na dělohu vzhůru většinou nádorovými procesy v malé pánvi (maligní i benigní tumory ovarií, někdy retroperineální tumor), zřídka myom isthmu dělohy
    - Th: řešení příčiny, obdobně jako u laterodeviace
  - **Descensus uteri**
    - descensus (sestup) vzniká při defektu pánevního dna, blíže viz dále

### **Sestup (prolaps) pánevních orgánů**

- nastává při defektu pánevního dna, kdy rozšířením **urogenitálním hiátem** sestupují orgány malé pánve
- **rizikovými faktory jsou: porod** – zejména extrakční operace (poškození svalů pánevního dna, závažného aparátu, poranění nervů), **dlouhodobá elevace intraabdominálního tlaku** (obezita, obstipace, fyzicky namáhavá práce), **postmenopauzální období** (hypoestrinismus a jeho negativní vliv na pojivovou tkáň), stav po předchozí **hysterectomii** (pro prolaps dalších orgánů – pochva, rektum, močový měchýř)
- klinické projevy jsou různé od zcela asymptomatické pacientky až po výrazné obtíže
- nejčastější klinické příznaky: tlak v pochvě, stresový typ inkontinence, urgence, neúplné vybrázdění močového měchýře – větší postmikční residuum (s tím spojené častější uroinfekty), retence moči, obstipace, nutnost silného tlačení u defekace, nahmatání rezistence v pochvě eventuelně nutnost zatlačení vypadávajícího orgánu zpět do pochvy (cysto/rektokéla)
- descensus dělíme do stupňů či stádií dle různých klasifikací – dříve dle Baden-Walkera nebo novější klasifikaci POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification system)

Dle **Baden-Walkera** (klinická klasifikace)

I.**mírný** – orgány descendují intravaginálně

II.**střední** – orgány sestupují k introitu, ale nepřesáhnou jeho úroveň

III.**těžký** – částečný výhřez orgánů před introitus (subtotální prolaps)

IV.**těžký** – úplný výhřez před introitus (totální prolaps)

**POP-Q klasifikace** – složitější, založená na popisu pozice 6 standardizovaných bodů, **4 stádia**

- **Diagnostika:** je založená zejména na gynekologickém vyšetření, vhodné doplnit klinické a případně specializované vyšetření na močovou inkontinenci, dále UZ malé pánve a další
- **Terapie:** vždy s přihlédnutím na potíže pacientky, stupeň descenzu a přáním pacientky
  - **konzervativní terapie:** cvičení pánevního dna, pesaroterapie, estrogení preparáty (*podrobně viz otázka č. 18*)
  - **chirurgická terapie:** liší se dle typu postižení (viz dále)

### **Hiatus urogenitalis je rozdělen na 3 oddíly – kompartmentu: přední, střední a zadní**

- podle tohoto rozdělení jsou rozděleny i poruchy jednotlivých kompartmentu se svojí specifickou léčbou

#### **Poruchy předního kompartmentu**

- tvořený přední stěnou poševní
- při poruše předního kompartmentu vzniká **cystokéla** – sestup báze močového měchýře, který se vyklenuje přední poševní stěnou do pochvy
  - **Cystokéla** se dále dělí na **trakční** a **pulzní**
    - **trakční cystokéla** – vniká na podkladě odtržené endopelvicke fascie (parakolpia) od musculus levator ani

- Diagnostika: u této poruchy zůstává zachovaná struktura poševní stěny – zachované rugae vaginales a vymizení postranních sulků (uni nebo bilaterálně)
- Th: nutno zacelit paravaginální defekt z abdominálního či vaginálního přístupu pomocí anebo bez pomoci implantátu ([sítky](#)) tzv. [paravaginal defect repair \(PVDR\)](#), lze provést i laparoskopicky
- **pulzní cystokéla** – vzniká na podkladě roztažení přední stěny poševní při chronickém tlaku
  - Diagnostika: charakteristické je [vymizení rugae vaginales](#), avšak sulky jsou zachované
  - Th: **přední poševní plastika (kolporrhaphia anterior)**, při cystokéle a současné stresové inkontinenci (hypermobilita UVJ – viz. otázka č. 18) lze užít modifikaci kolporrhaphia anterior dle Barnetta-Macků, lze rovněž užít při přední plastice [implantát \(sítku\)](#), při tomto postupu je nižší výskyt recidiv, je však určité riziko protruze pásky

#### Poruchy středního kompartmentu

- jedná se o descensus dělohy nebo descensus poševního pahýlu (po hysterectomii)
- Diagnostika: na základě vyšetření per speculam patrný sestup apexu poševního případně celé dělohy

do pochvy, někdy děloha prolabuje před poševní introitus

– prolapsus uteri et vaginae

- Th: je závislá od typu poškození, při **prolapsu či descenzu dělohy** je řešením **hysterectomie** a to

**vaginální či LAVH** eventuálně s **plastikami** (přední/ zadní nebo obojí), u fertálních žen, které plánují

ještě těhotnět, nebo si přejí ponechat dělohu je

variantou [hysterosacropexie](#) (fixace dělohy pomocí

neresorbovatelného implantátu k promontoriu) nejčastěji laparoskopicky

pokud se jedná o prolaps **poševního pahýlu**, tento řešíme pomocí závěsu

na ligamentum

sacrospinosum (většinou jedné strany) – [vaginaefixacio](#)

[sacrospinalis](#) dle Amreicha, variantou je

**promontofixace (sakrokolpopexie)** podobně jako u závěsu dělohy

#### Poruchy zadního kompartmentu

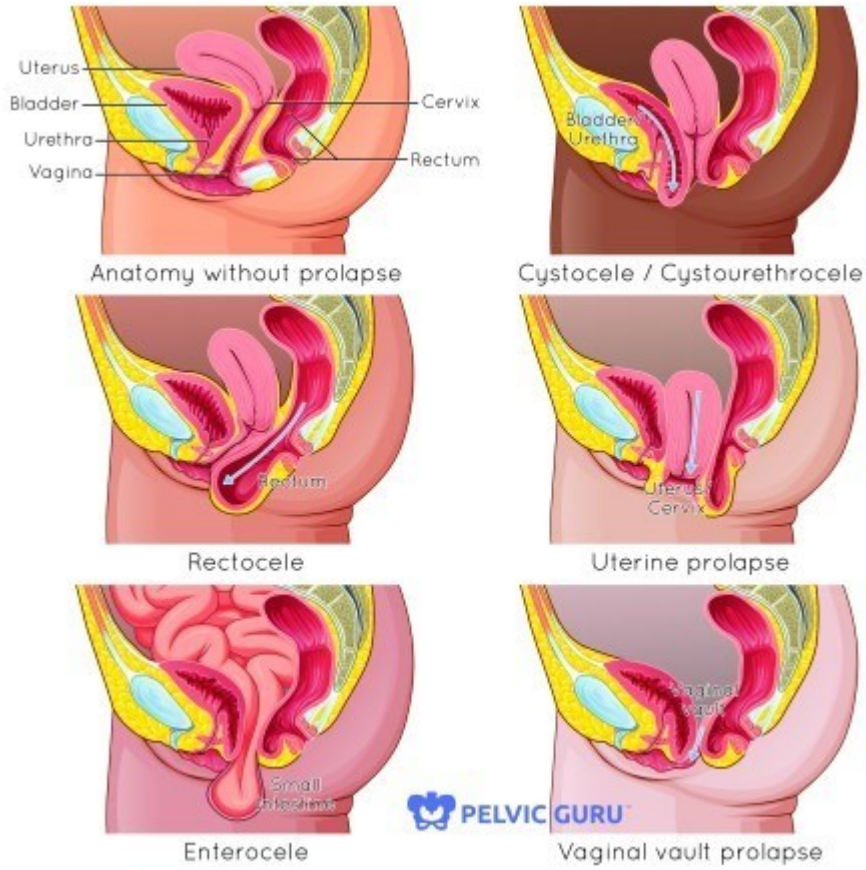
- zahrnuje zadní poševní stěnu, perineum, rectum a cavum Douglasi
- nejčastěji se projevuje jako rektokéla/enterokéla – vyklenutí rekta do pochvy přes zadní poševní stěnu
- Diagnostika: per speculam patrné vyklenutí zadní poševní stěny, pacientka udává problémy se stolicí – obstipace, problémy s vyprazdňováním
- Th: lze řešit vaginálně, transanálně, i laparoskopicky

nejčastěji vaginálně ve formě zadní plastiky poševní – [kolpoperineoplastika](#),

plastika pomocí

implantátů

Poruchy jednotlivých kompartmentů se mohou **kombinovat**. Pokud žena již neplánuje žít sexuálním životem (zejména staré pacientky) lze jako alternativu k předchozím operacím provést **kolpokleizu**. **Kolpokleiza** je uzavření pochvy, a to buď **totální** (odstranění poševní sliznice a zašití poševního introitu) nebo jako **parciální** (sliznice se odstraní částečně a nechá se drobný otvor – zejména u pacientek s dělohou).



<https://bodyharmonypt.com/ultrasound-imaging/evaluation-and-treatment-of-prolapse-with-transperineal-ultrasound/>