

Záněty v gynekologii

Gynekologie a porodnictví - přednášky

Květen 2020

Věk a parita

- nejrizikovější skupina 15 - 39 let
- multipary 10 x častější výskyt než nuligravidy

IUD

- Riziko vzniku PID je 5-6 x vyšší

Ostatní

- Iatrogenní faktory (dilatace cervixu, separovaná abraze, revize dutiny děložní, hysteroskopie a pod.)

Rozdělení gynekologických zánětů

Dle lokalizace:

- Zevní rodidla (vulvitida, kolpitida)
- Vnitřní rodidla (cervicitida, metritida)
- Zánět děložních přívěsků, vazů a pánevního peritonea
(PID = pelvic inflammatory disease)

Dle původce:

- Viry, bakterie, kvasinky, protozoa

Vulvitida

Výskyt:

- Starší ženy s poškozením kůže (škrábání, únik moči, pot u obézních, menstruační krev) Zevní rodidla (vulvitis, kolpitis)
- Snížená odolnost pokožky (diabetes, hepatopatie, anémie)
- Může probíhat současně se zánětlivým onemocněním pochvy

Etiologie :

- Bakterie, kvasinky, viry

Vulvitida

Klinický obraz :

- **Bakteriální : ohraničená (folikulitida, furunkl, absces) nebo neohraničená (flegmóna), oděrky, mokvající defekty či krusty**
- **Mykotická : Bělavé povlaky, svědění**
- **Virová : condylomata accuminata, herpes simplex genitalis**

Vulvitida

Diagnóza:

- Na základě klinického obrazu, kultivace (bakteriální zánět)
- Sérologie (virové infekce)
- Konzilium dermatologa

Terapie: dle agens

- Antimykotika/antibiotika lokálně / celkově
- Dle symptomatologie analgetika, antihistaminika, kortikoidy
- Chirurgická (v případě abscesů) incize / exstirpace

Infekce herpes simplex

Etiologie: DNA virus Herpesviridae (HSV1 a HSV2)

- Virus v latentním stadiu v nervových gangliích nositele, aktivace při oslabení, stresu, poruše imunity
- Přenos kapénkovou infekcí i přímým kontaktem

Klinika:

- Prodromy - zarudnutí, svědění 1-2dny před výsevem
- Bolestivé puchýřky - papuly, vezikuly, pustuly, krusty

Terapie: Acyklovir 200mg tbl po 5x /den

Condylomata accuminata

Etiologie: DNA viry Papillomaviridae, low risk 6, 11 , sexuálně přenosné

Klinika:

- Exofytické výrůstky na kůži vulvy, hráze, perinea, perianálně, sliznici pochvy, cervixu a anální, mohou svědět, krvácet
- Virus infikuje pouze buňky dlaždicového epitelu

Terapie:

- Chemická : Podofylotoxin, kyselina trichlóroctová
- Koagulační, chirurgická excize, laser

Kolpitida

Diagnostika poruch poševního prostředí :

1. mikroskopické vyšetření nativního nátěru

- stěr na sklíčko, kapka FR, hodnotíme – množství Leu, epitelii, kokoidních a tyčkovitých mikroorganismů, event. diplokoků, pohyb živých organismů (trichomonády, mobilunci)

2. amin–test

- jiné podložní sklo, smícháme s několika kapkami 10% KOH
- Jsou-li přítomny biogenní aminy – zápach po rybách
- překrýt krycím sklíčkem a pozorujeme mikroskopem. KOH rozpouští téměř všechny buněčné formy – neporušený zůstanou pouze kvasinky

Kolpitida

Diagnostika poruch poševního prostředí :

3 . měření poševního pH

- papírkovou metodou, norma pH je 3,8–4,5
- pH v rozmezí 4,5–5,5 svědčí pro bakteriální vaginózu
 - pH nad 5,5 signalizuje spíše bakteriální zánět či trichomoniázu
 - u kvasinkového zánětu pochvy pH nerozhoduje a bývá normální

Pokud nemáme diagnózu – provést kultivační vyšetření

Bakteriální vaginóza

Definice:

- částečná redukce až vymizení poševních laktobacilů a přemnožení aerobních a anaerobních bakterií
- častější u žen s IUD

Etiopatogeneza:

- fakultativně anaerobní *Gardnerella vaginalis*
- přemnožení jiných většinou anaerobních agens (*Bacteroides*, *Mobiluncus* (dříve *Vibrio*), peptostreptokoky)

Bakteriální vaginóza

Klinika:

- Hojný, vodnatý výtok, zápach zejména po pohlavním styku
- Mírné svědění, pálení
- Asymptomaticky – žádné známky zánětu, chybí i vodnatý výtok

Diagnóza: 2 ze 4 Amselových kritérií:

- Charakteristický výtok
- poševní pH v rozmezí 4,5–5,5
- klíčové buňky v mikroskopickém nálezu
- pozitivní amin-test s uvolněním zápachajících aminů

Bakteriální vaginóza

Terapie:

- U žen s klinickými obtížemi, v první polovině těhotenství, před vaginální nebo abdominální operací
- Metronidazol 500mg vag. 7dní, Klindamicin, Nifurantel (Macmiror)
- Stabilizace poševního ekosystému – lokální tablety s laktobacily
- Léčba sexuálního partnera není nutná, bakterie u muže většinou neperzistují a nevyvolávají onemocnění

Komplikace :

- Zánět dělohy, pooperačního pahýlu pochvy, močových cest i, PID
- Rizikový faktor předčasného porodu – screening v graviditě

Bakteriální kolpitída

Etiologie : streptokoky, stafylokoky, enterokoky a *Escherichia coli*

Klinický obraz:

- smetanový či žlutý hojný hustý výtok, dyspareunie, zduření a zarudnutí poševní sliznice

Diagnóza:

- akutní formy – snadná na podkladě klinického obrazu
- původce přesně určí pouze kultivační vyšetření

Léčba:

- aplikace chemoterapeutik nebo antibiotik lokálně či celkově

Trichomoniáza

Etiologie : *Trichomonas vaginalis* (bičenka poševní)

- Přenášený pohlavním stykem, nutná léčba sexuálního partnera
- Přežívá krátko ve vlhkém prostředí - bazén, koupaliště

Klinický obraz :

- 50 % žen asymptomatických
- Pěnivý, páchnoucí, žlutozelený výtok
- zduřelá a zarudlá sliznice pochvy, "jahodový cervix", svědění
- chronické stadium – asymptomatické

Trichomoniáza

Diagnostika:

- KOH - pozitivní amin-test s uvolněním zápachajících aminů
- PH míň než 4,5
- V mikroskopickém obrazu : pohyblivý prvok

Léčba:

- Metronidazol 500mg tbl po á 12hod / 10 dní

Mykotická kolpitída

Etiologie: *Candida albicans*, *C. tropicalis*, *C. glabrata*

- podmíněně patogenní, při oslabení organismu průnik infekčních hyf do epitelu, v estrogenizovaném prostředí se jí daří lépe

Rizikové faktory :

- těhotenství (III. trimestr)
- Diabetes mellitus, zvýšený příjem sacharidů v dietě
- ATB terapie, kortikoidy, estrogeny
- Syntetické prádlo, zvýšená frekvence pohlavních styků

Mykotická kolpitída

Klinický obraz

- výrazné svědění, pálení vulvy
- výtok (typický tvarohovitý, někdy vodnatý, bez zápachu)
- poševní sliznice zarudlá a zduřelá
- Současně často i na vulvě – vulvovaginitida
- Do endocervikálního kanálu a dělohy se infekce většinou nešíří

Mykotická kolpitída

Diagnostika:

- mikroskopický průkaz kvasinek
- kultivační vyšetření u recidiv
- u recidiv – nutné vyloučení diabetu
- pH v normě, KOH negativní

Terapie:

- Azolová antimykotika - lokálně (Clotrimazol) nebo celkově
- Úspěšnost léčby je více než 90%

Cervicitida

Etiologie:

- Chlamydia trachomatis, smíšená bakteriální flóra, genitální mykoplasmata a Neiseria gonorrhoea
- Chlamydie - STD

Klinika:

- asymptomaticky – 30–50 % případů
- výtok, tupá bolest za sponou a v kříži, výjimečně horečka
- chronické formy – dysmenorrhoea, dyspareunie, sterilita
- u mužů – uretritida, často bezpříznakově, trvalý rezervoár infekce

Cervicitida

Diagnóza:

- aerobní a anaerobní kultivace materiálu z hrdla děložního
- přímý průkaz antigenů chlamydií – RIA, ELISA, PCR
- Sérologie – nepřesná, často zbytečná
- musíme vyloučit maligní onemocnění (kolposkopie, cytologie, biopsie)

Léčba: dostatečně agresivní a dostatečně dlouhá

- Pokud možno podle výsledků citlivosti, vždy celkově
- Azitromycin 1000mg po jednorázově (chlamydie)
- Doxycyklin 200mg á12hod 7dní (chlamydie, neiserie)

Endometritida

Etiologie:

- Ascendentně - děložní hrdlo
- instrumentální gynekologické zákroky (RCUI, HSG, zavedení IUD)
- Přenos z vejcovodu do dělohy (méně častý)

Etiologie:

- podobně jako u cervicitidy, smíšená aerobně-anaerobní flóra neisserie nebo chlamydie, vzácně *M. tuberculosis*

Klinický obraz:

- akutní fáze: bolest v podbříšku, špinění až krvácení, výtok
- chronická forma: hypermenorhoea, pelvalgie, malátnost, výtok není

Endometritida

Diagnóza:

- Příznaky a gynekologické vyšetření (bolestivost, zvětšení dělohy)
- kultivace z hrdla nebo z dutiny děložní
- Zánětlivé markery (CRP, leukocyty, FW)
- Cytologie (při přítomnosti IUD) – aktinomykotické drúzy
- Nutné vyloučit karcinom – biopsie endometria (kyretáž) v ATB cloně

Léčba:

- Jako PID – širokospektrá antibiotika, vysoké dávky
- symptomatická terapie (analgetika, klidový režim)

Pelvic inflammatory disease PID

4 stupně závažnosti:

- zánět vejcovodu nebo vaječníku (salpingitis, oophoritis)
- tuboovariální komplex (absces)
- tuboovariální flegmóna + pelveoperitonitis circumscripta
- peritonitis diffusa

Šíření: ascendentní infekce z dělohy nebo přestupem z okolí (apendix)

Endogenní cestou (lymfogenně či hematogenně)

- Salpingitis – hydrosalpinx, sactosalpinx, pyosalpinx, haematosalpinx – oophoritis až pyovarium – perioophoritis – adnexitis – tumor adnexorum inflammatorius – abscessus tuboovarialis – pelveoperitonitis circumscripta či diffuza – abscessus cavi Douglasi – frozen pelvis

PID

Klinický obraz : velmi variabilní

- **Akutní – až 39% asymptomatický průběh, bolest v podbřišku (často na obou stranách), poševní výtok, polakisurie, horečka, schvácenost, nauzea či zvracení, průjem, tenezmy , cervicitida, zánětlivý výpotek v malé pánvi**
- **Subakutní – únavnost a pobolívání v podbřišku**
- **Chronický – dyspareunie, poruchy menstruačního cyklu, pelvalgie**

PID

Etiologie :

- **Ch. trachomatis, N.gonorrhoeae, E.coli, mycoplasmata, ureaplasmata, stafylokoky, streptokoky, bakteroidy, peptostreptokoky**

Rizikové faktory :

- **onemocnění žen ve fertilním věku, STD 80 %, opakované instrumentální gynekologické zákroky (dilatace cervixu, separovaná abraze, revize dutiny děložní, hysteroskopie a pod.)**

Diagnostický algoritmus PID

- gynekologické vyšetření: výtok, palpační bolestivost dělohy, adnex, hmatn resistance, peritoneální příznaky
- Laboratoř: CRP, leukocytóza, FW, hCG (!)
- Mikrobiologické vyšetření – kultivace hrdlo (chlamydie, gonorrhoea) pochva, moč, endometriální biopsie
- IUD – v ATB cloně extrakce, cytologické vyšetření
- Sepse – hemokultura, kompenzace vnitřního prostředí
- Diagnostická LSK – u chronických forem

Diagnostický algoritmus PID

Diagnostiká laparoskopie:

- **přímá vizualizace vejcovodů, vaječníků a orgánů malé pánve**
- **diferenciální diagnostika – appendicitida, ruptura ovariální cisty
endometrióza, GEU, torze adnex**
- **aseptický odběr peritoneální tekutiny nebo tkáně na
bakteriologické vyšetření**

Ultrazvukové vyšetření:

- **při pokročilejších stádiích zánětu, tuboovariální absces, počínající
pelveoperitonitis**

Léčba PID

Antimikrobiální léčba:

- cílená antibiotická léčba po kultivační verifikaci infekčního agens
- ambulantně nebo za hospitalizace
(dle klinického a laboratorního obrazu)

Chirurgická léčba :

- po vyčerpání konzervativní léčby
- urgentní chirurgická intervence - tuboovariální absces
hnisavá pelveoperitonitis
- odstranění hnisavého ložiska (salpingectomie a pod.)
- drenáž Douglasova prostoru vaginální cestou
- pooperačně antibiotická léčba dle citlivosti

Adjuvantní léčba (kortikoidy, NSA, diatermie, balneoterapie)

Léčba PID

Léčba:

- podání širokospektrých antibiotik, v kombinaci – většinou parenterálně
- ATB citlivá na aerobní mikroby (grampozitivní i gramnegativní)
 - doxycyklin – 100 mg á 12 hod. po.
 - azitromycin – 500 mg á 24 hod. po.
 - gentamicin – 80mg á 8 hod im.
 - ofloxacin či pefloxacin – 400mg á 12 hod. iv.
 - amoxicilin+klavulanát (Augmentin) – 1,2 g á 8 hod. iv.
 - ampicilin+sulbactam (Unasyn) – 1,5g á 8 hod. Iv.
- ATB citlivá na anaerobní mikroby
 - metronidazol či ornidazol – 500 mg á 8 hod. iv.

Komplikace PID

Akutní komplikace:

- **Perihepatitis (4 - 28 %) - v laparoskopickém obraze FITZ-HUGH-CURTIS sy. - původce kapavka / chlamýdie**
- **Akutní peritonitis a septický šok**
 - **ruptura tuboovariálního abscesu**
 - **mortalita 6 - 15 %**
 - **radikální chirurgická léčba z vitální indikace (80 %)**
- **Periappendicitis (2 - 10 %)**
 - **ascenze infekce z malé pánve nebo lymfatická cesta**

Komplikace PID

Chronické a pozdní následky:

- **Chronická pelvalgie (5 %)**
- **Tubární faktor sterility (14 - 38 %)**
- **Graviditas extrauterina (tubární) (10 - 30 %)**

Aktinomykóza

Etiologie: Actinomyces israeli

- V těle se tvoří drůzy (útvary v pánvi plný aktinomycet)
- Častá při IUD

Terapie

- Extrakce IUD, ATB terapie megadávky penicilínu (0,8–2,4 MIU/den)
- Laparotomie (evakuace hnisu, výplachy a drenáž)
 - u případů nereagujících na ATB terapii
 - při residuálním palpačním nálezu po ATB léčbě
 - při známkách peritonitis

Děkuji za pozornost