

GYNEKOLOGICKÁ PÁNEVNÍ BOLEST

P. Čepický, Z. Líbalová

Gynekologicko-porodnická ambulance LEVRET s.r.o., Praha

1. Charakteristika gynekologické pánevní bolesti

Gynekologická pánevní bolest má svoje charakteristické rysy, které nám pomohou vyloučit některé jiné bolesti.

- a) Gynekologická bolest je lokalizována vždy v podbřišku nebo v podbřišku a v kříži. Bolesti pouze v kříži jsou gynekologického původu zcela výjimečně (velká retroflektovaná myomatózní děloha).
- b) Gynekologická bolest směrem vzhůru nepřesahuje linii spina iliaca anterior superior (trny kosti kyčelní, mezi kterými se měří porodnická distantia bispinalis). Výjimkou jsou pouze obrovské cysty nebo obrovské myomy, které mohou vystupovat z pánve.
- c) Gynekologická bolest se nikam nešíří a nikam nevystřeluje – pouze výjimečně může být pozorováno vyzařování bolesti na vnitřní stranu stehen.

Bolest, která uvedené charakteristiky nesplňuje, má téměř s jistotou jiný původ než jsou pohlavní orgány. Na druhou stranu však tyto charakteristiky může splňovat např. appendicitida, ostatně velmi významná nemoc v diferenciální diagnostice.

2. Trvání gynekologické pánevní bolesti

Podle toho rozlišujeme bolest:

- a) Akutní. Nastupuje někdy během okamžiku (jako bodnutí nožem), jindy během hodin nebo nejvýše několika málo dnů.
- b) Intermitentní. Opakuje se vždy v typické situaci (menstruace, soulož apod.)
- c) Chronická. Trvá měsíce i roky, její začátek lze často těžko stanovit.

3. Akutní gynekologická pánevní bolest

3.1 Příčiny

Možných příčin je několikero:

- a) Ruptura cysty vaječníku bez hemoperitonea nebo s hemoperitoneem.
- b) Torze adnex.
- c) Akutní nekróza myomu.
- d) Pánevní zánětlivá nemoc.
- e) Hyperstimulační syndrom.

K tomu ještě musíme připočítat komplikace časného dosud nerozpoznaného těhotenství:

- f) Hrozící, probíhající, neúplný spontánní potrat.
- g) Mimoděložní těhotenství. Diferenciálně diagnostiky je nutno uvažovat především appendicitidu a cystitidu.

3.2 Ruptura cysty vaječníku bez hemoperitonea

Vyniká náhlým začátkem, „jako by projel nůž“, často při souloži, ale i samovolně. Bolesti však velmi rychle ustupují, takže v době návštěvy zdravotnického zařízení jsou obvykle už jen minimální nebo žádné. Rovněž gynekologický a ultrazvukový nálezn je minimální. Někdy popisovaný ultrazvukový obraz „vlajících“ zbytků cysty je spíše výjimečný. Často se zjistí jen trochu volné tekutiny v Douglasově prostoru. Rovněž laboratorní vyšetření nepřinese nic pozoruhodného. Obvykle ženu krátkodobě hospitalizujeme k observaci, více není zapotřebí.

3.3 Ruptura cysty vaječníku s hemoperitoneem

Výrazně vzácnější událost, když při roztržení cysty dojde k poškození cévy a následnému krvácení do dutiny břišní. Začátek je shodný jako je uvedeno v předchozím odstavci, bolesti však pokračují a připojují se příznaky vnitřního krvácení. Při vyšetření zjistíme známky počínajícího hemorhagického šoku, tachykardii, pokles krevního tlaku. Jsou přítomny známky peritoneálního dráždění, při gynekologickém vyšetření bolestivý a vyklenující se Douglasův prostor, ultrazvuk prokáže volnou tekutinu v dutině břišní. V laboratorním vyšetření je anemie – ale nemusí být zachycena hned zpočátku, zprvu je ztráta krve kompenzována vazokonstrikcí, v krevním obrazu předchází poklesu hemoglobinu a hematokritu leukocytóza.

Okamžitá první pomoc spočívá v zajištění cévy a podání náhradních roztoků, další péče směřuje k neodkladné operaci, obvykle laparoskopické.

3.4 Torze adnex

Otočení adnex kolem stopky s cévním zásobením, postihuje téměř bez výjimky adnexa cysticky změněná, obvykle s cystou vaječníku, vzácně se sactosalpingem. Nástup potíží je „subakutní“, rozvíjí se během minut až hodin. Při gynekologickém vyšetření zjistíme extrémně bolestivou cystickou rezistenci vedle dělohy; nálezn potvrdíme ultrazvukem. Laboratorní obraz je nenápadný, může být mírná leukocytóza.

Řešení spočívá v neodkladné operaci. Váhání s operací může způsobit nevratné nekrotické změny na adnexech, které si pak vynutí adnexektomii.

3.5 Akutní nekróza myomu

Vzácná náhlá příhoda břišní. Myom je zásobován jedinou tepnou – při jejím přerušení dojde k ischemické bolesti dělohy. Ještě nejspíše se to stane při torzi stopky stopkatého subserózního myomu nebo v těhotenství. I tyto případy jsou však vzácné. Bolest nastává rychle, má trvalý charakter. Při gynekologickém vyšetření nalezneme myomatózně zvětšenou dělohu s bolestivým uzlem, případně bolestivou tuhou rezistenci vedle dělohy. Nálezn ozřejmí ultrazvuk. Laboratorní vyšetření nepřináší nápadné změny.

Terapie je operační, v zásadě však operace není neodkladná, zvláště v těhotenství volíme konzervativní postup. (Podobný stav dosahujeme úmyslně při embolizační léčbě myomů.)

3.6 Pánevní zánětlivá nemoc (PID)

Zánět dělohy (endometritis), často provázený zánětem vejcovodů (salpingitis, resp. adnexitis), později i zánětem pánevní pobřišnice (pelveoperitonitis). „Zánět vaječníku“ je ve skutečnosti vzácné onemocnění, vaječník je vůči infekci značně rezistentní (v místě poranění vaječníku po ovulaci však infekce může do ovaria vniknout a dát vznik abscesu vaječníku).

Odhlédneme-li od zánětů souvisejících s operací (např. kyretáž) nebo těhotenstvím (neúplný spontánní potrat) je drtivá většina pánevních zánětlivých nemocí způsobena pohlavně přenášenými bakteriemi: *Neisseria gonorrhoeae* nebo (častěji) *Chlamydia trachomatis*.

Infekce neisseriemi (gonokoky), tj. kapavka, probíhá klinicky dramatičtěji. Ne-vzácné jsou bolesti v podbřišku, zvýšená teplota, krvácení z dělohy. Laboratorní nález je typicky „zánětlivý“ – leukocytóza, vzestup CRP. Chlamydiová infekce má příznaků výrazně méně, často žádné – o to je záladnější, protože pozdní následky (sactosalpingy, sterilita) jsou časté. Často stojí v popředí nevysvětlitelné krvácení z dělohy. Při krvácení nereagujícím na hormonální snahy o zástavu nebo při opakovaném krvácení z průniku při užívání kombinované hormonální antikoncepce je vždy na možnost chlamydiové endometritidy nutno pomýšlet.

Při gynekologickém vyšetření zjistíme bolestivou dělohu, bolestivé adnexální krajiny, později (s rozvojem pelveoperitonitidy) bolestivý Douglasův prostor. Charakteristické je, že nález je vždy symetrický (s výjimkou žen po jednostranné adnexektomii), což u ostatních příčin pánevní bolesti je výjimečné. Laboratorní vyšetření je v počátcích nemoci nenápadné, později stoupají leukocyty a CRP.

Při pozdní nebo nesprávné antibiotické léčbě může dojít ke vzniku pánevního abscesu, který se projevuje výraznými bolestmi, výrazným palpačním nálezem a výraznými celkovými příznaky (horečka) a který lze prokázat ultrazvukovým vyšetřením.

Pozdním následkem pánevní zánětlivé nemoci je neprůchodnost vejcovodů, saktosalpingy, pánevní adheze, sterilita.

Pánevní zánětlivou nemoc je nutno léčit antibiotiky. Musí jít o antibiotika, která jsou účinná jak proti chlamydiím, tak proti gonokokům. Lékem první volby při počínajícím onemocnění je deoxymykoin.

Při závažných infekcích je nutná hospitalizace a volba antibiotik musí počítat i se superinfekcí dalšími bakteriálnímu druhu, aerobními i anaerobními. Většinou se používá kombinace antibiotik.

3.7 Hyperstimulační syndrom

Bez výjimky iatrogenní záležitost, komplikace hyperstimulace vaječníku při léčbě neplodnosti. Nacházíme enormně zvětšené (není výjimkou, že dosahují až k pupku) vaječníky, v těžších případech se rozvíjí hemokoncentrace s rizikem trombózy a ascites, dokonce hydrothorax.

Diagnóza nečiní potíží, vzniká v návaznosti na hyperstimulaci vaječníku a gynekologický nález je charakteristický.

Bezesporu patří do přehledu gynekologické bolesti, ta je však jen jedním z příznaků a řeší se prostě analgetiky. Komplexní léčba hyperstimulačního syndromu je výrazně komplikovanější a přesahuje téma této kapitoly.

3.8 Komplikace nerozpoznaného těhotenství

Při každých bolestech v podbřišku je nutno myslet na možnost nerozpoznaného těhotenství, a to i v situacích, kdy žena možnost těhotenství popírá. Vyloučí se snadno těhotenským testem (test z moče má stejnou citlivost jako test z krve a je podstatně rychlejší) – ten je rozumné provést vždy.

Je-li test negativní, těhotenství vylučuje, při nejmenším takové těhotenství, které by mohlo být příčinou potíží. Je-li test pozitivní, ultrazvukem buď prokážeme těhotenství v děloze a diagnostikujeme hrozící, probíhající nebo neúplný potrat, nebo ho v děloze neprokážeme a tu je podezření na mimoděložní těhotenství naléhavé.

3.9 Appendicitis a ostatní chirurgické příčiny pánevní bolesti

Popis přesahuje téma tohoto článku. Nicméně platí pravidlo, že pokud stav nevyžaduje neodkladnou operaci a pokud není diagnóza jasná (např. torze cysty, pozitivní těhotenský test apod.) je vždy vhodná konzultace chirurga.

3 Intermittentní gynekologická pánevní bolest

3.1 Příčiny

Sem můžeme zařadit:

- a) Primární dysmenorea.
- b) Sekundární dysmenorea (algomenorea).
- c) Kryptomenorea.
- d) „Mittelschmerz“ (ovulační bolest).
- e) Dyspareunie.

3.2 Primární dysmenorea

Bolest při menstruaci „bez zjevné příčiny“. Vyskytuje se pouze při ovulačních cyklech, proto obvykle nezačíná hned při menarché, ale až cca po dvou letech. Příčinou je zvýšená tvorba prostaglandinů v sekrečním endometriu a následně zvýšené kontrakce dělohy při menstruaci. Bolest je křečovitá, začíná se začátkem menstruace a trvá v průměru dva dny. Někdy je provázena celkovými příznaky zvýšené hladiny prostaglandinů (nevolnost, bolesti hlavy).

Léčbou první volby je kombinovaná hormonální antikoncepce. Úspěšnost terapie je asi 90 %. Ve zbývajících 10 % lze blokovat menstruaci zcela (např. kontinuálním užíváním kombinované hormonální antikoncepce nebo gestagenní antikoncepcí). Pokud žena odmítá hormonální antikoncepci nebo pokud se chce pokoušet o těhotenství, lze volit inhibitory syntézy prostaglandinů

(např. indometacin). S jejich užíváním je však nutno začít už zhruba tři dny před menstruací. Úspěšnost je asi 75 %.

3.3 Sekundární dysmenorea (algomenorea)

Bolesti při menstruaci, které mají nějakou diagnostikovatelnou příčinu. Svým charakterem se často od primární dysmenorey liší – bolest začíná později nebo nestandardně, není křečovitá, ale trvalá, trvá déle apod. Po příčinách je nutno pátrat. Nejčastější příčinou je endometrióza, bolesti mohou způsobit i jiné stavy, např. rodící se myom. Léčba spočívá buď v odstranění příčiny nebo v hormonální blokádě cyklu.

3.4 Kryptomenorea

Vzácná situace u mladých dívek s agenezí pochvy, neprůchodným hymenem nebo příčným poševním septem. Normální děloha začne v pubertě normálně „menstruovat“, krev však nemá kam odtékat, hromadí se v děloze, později proniká vejcovody do dutiny břišní. To je provázeno cyklickými bolestmi v podbříšku (obvykle nikoli pravidelnými, pubertální dívky zřídka kdy menstrují pravidelně). Stav je nutno řešit operací, kterou není možno dlouho odkládat.

3.5 „Mittelschmerz“ (ovulační bolest)

Bolest při ovulaci, opakuje se uprostřed každého cyklu. Souvisí s podrážděním pobřišnice obsahem prasklého dominantního folikulu. Je obvykle mírná, trvá jen několik hodin, léčbu nevyžaduje. Chce-li žena bolest odstranit, lze to snadno učinit přípravky kombinované hormonální antikoncepce.

3.6 Dyspareunie

3.6.1 Příčiny

Bolest při souloži představuje zcela speciální oblast gynekologie, ba gynekologii přesahující. Možných příčin je mnoho, můžeme je rozdělit např. takto:

- a) „Fyziologická bolest“ při imisi.
- b) „Dyspareunie v úzkém slova smyslu“.
- c) Deficit lubrikace.
- d) Vaginismus.

3.6.2 „Fyziologická bolest“ při imisi

Krátkodobá bolest při zavedení penisu není vzácná. Je omezena na začátek soulože, neovlivňuje významně ani sexuální vzrušení, ani orgasmus.

3.6.3 „Dyspareunie v úzkém slova smyslu“

Sem by patřily bolesti při souloži bez dalších symptomů. Možných příčin je mnoho, omezíme se na jejich výčet:

- a) Fyziologické příčiny
 - anatomické příčiny (ageneze pochvy, vagina septa, rigidní hymen)
 - patologické příčiny (vulvovaginitis, pánevní zánětlivá nemoc, endometrióza, dislokované a fixované ovarium, roztroušená skleróza)
 - iatrogenní příčiny (zkrácení pochvy při rozšířené hysterektomii, zúžení pochvy při poševních plastikách, epiziotomie)
- b) Psychologické příčiny
 - vývojové příčiny (vlivy v dětství, které ovlivňují a deformují postoj k sexu, např. rigidní náboženská výchova odmítající sexualitu)
 - traumatické příčiny (negativní sexuální zkušenosti, např. znásilnění, případně i jiná traumata vztažená ke genitální oblasti)
 - vztahové příčiny (počínaje nedostatečnou milostnou předehrou a konče konfliktním vztahem mezi partnery)

Úkolem gynekologa je vyloučit (případně odstranit) gynekologickou příčinu (nemusí to být jednoduché). Spolupráce se sexuologem je vhodná vždy.

3.6.4 Deficit lubrikace

Frekvence nedostatečného zvlhčení při pohlavním vzrušení je značně vysoká, i když nepočítáme ženy hypoestrinní (v postmenopauze, během laktace), kde je téměř pravidlem. Řešení spočívá v používání lubrikačních gelů, u hypoestrinních žen v užívání vaginální estrogenní terapie (u normoestrinních žen s poruchami lubrikace nemá podávání vaginálních estrogenů význam).

3.6.5 Vaginismus

Nemožnost soulože způsobená „nechtěným spazmem zevní třetiny pochvy“. Bývá příčinou nekonzumovaného manželství a tzv. zdánlivé neplodnosti. Léčba je sexuologická (a má dobré výsledky).

4 Chronická gynekologická pánevní bolest

4.1 Příčiny

- a) Endometrióza.
- b) Pánevní adheze.

Zvláštní skupinu chronické pánevní bolesti tvoří „pánevní bolest bez organické patologie“, tedy

c) Pelipatie.

Diferenciálně diagnosticky přichází do úvahy dlouhý seznam možných příčin, který zahrnuje početné obory medicíny (chirurgie, gastroenterologie, urologie, revmatologie, neurologie, psychiatrie).

4.2 Endometrióza

Přítomnost ektopické tkáně vzhledu a chování endometria mimo dělohu. Může být lokalizována téměř kdekoli (kromě srdce a sleziny), daleko nejčastěji se vyskytuje v pánvi, na ovariu („čokoládové“ neboli Sampsonovy cysty) nebo na pánevní pobřišnici.

Endometrióza podléhá obvyklým hormonálním změnám během menstruačního cyklu, tedy i „menstruaci“. Důsledkem je jednak bolest, jednak vznik adhezí. „Vedlejším“ negativním účinkem endometriózy je snížená plodnost, a to i tam, kde anatomie vejcovodů a vaječníků není změněna.

Bolest při endometrióze může mít velmi různý charakter, často (zdaleka ne však vždy) je vázána na menstruaci, na soulož, někdy i na defekaci. Jindy má bolest víceméně trvalý charakter. Endometrióza je nepochybnou příčinou chronické pánevní bolesti, avšak korelace mezi rozsahem endometriózy a intenzitou potíží je špatná. I malá endometrióza může způsobovat velké subjektivní potíže a naopak.

Diagnóza je pouze laparoskopická. Terapie spočívá v odstranění ložisek endometriózy a následné hormonální blokádě cyklu. Vhodné je kontinuální užívání kombinované hormonální antikoncepce, doporučuje se přípravek obsahující dienogest (Jeanine), který způsobuje atrofii endometria.

4.3 Pánevní adheze

Jistě mohou vést k pánevní bolesti, je však známo, že mnoho žen s rozsáhlými adhezemi žádné bolesti nemá. Diagnóza je laparoskopická. Naleznou-li se adheze, je rozumné je rozrušit, úspěšnost léčby je asi 50 %.

Zvláštním případem je tzv. „syndrom ponechaného ovaria“, bolesti vaječníků ponechaného při hysterektomii. Dnes je výskyt této komplikace vzácný, což nespíš souvisí s pokrokem operační techniky.

Tzv. „chronická adnexitis“ je onemocnění, které zřejmě neexistuje. Buď jde o normální pánevní zánětlivou nemoc, neléčenou nebo nesprávně léčenou (antibiotika, na něž jsou chlamydie rezistentní, např. polosyntetické peniciliny), nebo o pozánětlivé změny (adheze), nebo vůbec o něco jiného než je pánevní zánět.

4.4 Pelipatie

4.4.1 Definice a charakteristika

Chronická (obvykle roky) pánevní bolest bez zjištěné organické (případně psychiatrické) patologie, která by bolest vysvětlovala. K diagnóze je nutná laparoskopie. Lze rozlišit tři základní typy, které se však mohou kombinovat.

a) Kongestivní pelipatie.

- b) Neurogenní pelipatie.
- c) Psychogenní pelipatie.

4.4.1 Kongestivní pelipatie

Souvisí s pasivním venózním překrvením pánve. Jeho příčiny mohou být velmi různé.

Organické příčiny zahrnují např. velkou myomatózní fixovanou retrovertovanou dělohu, varixy pánevních žilních pletení (mohou vzniknout např. po těhotenství), tzv. okultní prolaps (sestup dělohy při delším stání, dříve se projevoval např. bolestmi ve frontách v obchodech).

Psychogenní příčiny souvisí se sexuálním vzrušením, které nekončí orgasmem; to může být případně i nevědomé, resp. potlačené do nevědomí.

Diagnóza je obtížná, protože při laparoskopii, která se provádí v Trendelenburgově poloze, známky pánevní kongesce mizí. Někdy pomůže ultrazvuk.

V terapii se uplatní kombinovaná hormonální antikoncepce.

4.4.2 Neurogenní pelipatie

U některých žen s pánevními bolestmi lze v podbřišku (vzácněji v křížové krajině nebo v pochvě) najít pohmatem bolestivé body ve stěně břišní, po jejichž obstríku dlouhodobě působícím anestetikem nastává úleva od bolesti, nevzácně dlouhodobá, ba trvalá. Příčina jasná není.

4.4.3 Psychogenní pelipatie

Na jejím vzniku se podílí jednak nevědomé konflikty ve vztahu k sexu nebo k matce, jednak úzkost (snižuje práh pro vnímání bolesti, takže i fyziologické podněty z pánevních orgánů mohou být vnímány jako bolestivé) a učení. Poslední můžeme někdy pozorovat jako „psychosomatická rezidua po gynekologickém zánětu“ (bolesti po pánevní zánětlivé nemoci dlouhodobě přetrvávají i když zánět je již vyléčen). Roli hraje tzv. sekundární zisk. (Nemoc přináší nejen zápory, ale i klady: pacientka je v pracovní neschopnosti, manžel se začne chovat jinak atd. – tento sekundární zisk pak může udržet existenci bolesti i poté, co jejich příčina byla odstraněna.)

Terapie je obtížná, uplatní se tzv. kognitivní psychoterapie, hypnóza, relaxační techniky (autogenní trénink), z farmak antidepressiva.

Diferenciálně diagnosticky je nutno myslet na definované psychiatrické nemoci, které se mohou projevit bolestmi: endogenní deprese (tzv. larvovaná), schizofrenie (bolest jako blud), Briquetův syndrom (konverzní hysterie), Münchhausenův syndrom. Poslední je vzácné onemocnění, kdy pacientka při neschopnosti vyjadřovat své emoce komunikuje s okolím pomocí somatických příznaků, často rafinovaně fingoaných. Diagnóza je velmi obtížná, terapie neexistuje.

4.4.3 Terapie

Terapie pelipatie je dlouhodobá, obtížná, časově náročná a nevděčná záležitost. Vyžaduje od samého počátku těsnou spolupráci gynekologa z klinickým psychologem orientovaným v této problematice (je jich velmi málo). I v ideálních podmínkách nepřesahuje úspěšnost 50 %.

V běžné gynekologické praxi je lépe se o terapii vůbec nepokoušet a nezhoršovat potíže pacientky stále dalšími vyšetřováními a stále dalšími pokusy o terapii.

Literatura:

1. Čepický, P.: Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Mod. Gynek. Porod. 8:162,1999.
2. Čepický, P., Líbalová, Z.: Pánevní bolest gynekologického původu. Mod. Gynek. Porod. 14:520, 2005.
3. Čepický, P., Líbalová, Z.: Bolest v gynekologii. In: Rokyta, R., et al. (eds.): Bolest. Praha, Tigris 2006, s.446.
4. Rokyta, Z.: Náhlé příhody gynekologické. Mod. Gynek. Porod. 11:35, 2002.

*P. Čepický
Terronská 61
Praha 6
160 00*