

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 Dunder, 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 nevyplynou 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 Dundr, 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
Úvod	XV
1 Vulvovaginální diskomfort (<i>Pavel Čepický</i>)	1
1.1 Vyšetření	1
1.2 Akutní vulvovaginální diskomfort	2
1.3 Chronické a recidivující vulvovaginitidy	2
1.4 Některé vzácné příčiny chronického vulvovaginálního diskomfortu	3
2 Diferenciální diagnostika nálezů na vulvě (<i>Jiří Sláma</i>)	5
2.1 Klinicko-patologická klasifikace onemocnění vulvy	5
2.1.1 Prekancerózy vulvy	5
2.1.2 Nádory vulvy	6
2.1.3 Vulvární dermatózy	6
2.1.4 Infekční onemocnění vulvy	7
2.1.5 Vulvární bolest	7
2.2 Klinická klasifikace onemocnění vulvy	8
2.3 Zásady diagnostiky onemocnění vulvy	10
2.3.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření	11
2.3.2 Diagnostický algoritmus	13
2.3.3 Kolposkopické vyšetření	13
2.3.4 Diagnostika vulvodynie	15
Literatura	15
3 Diferenciální diagnostika pánevních bolestí u žen (<i>Pavel Čepický</i>)	17
3.1 Definice pánevní bolesti a bolest gynekologického původu	17
3.2 Akutní pánevní bolest	17
3.2.1 Porodnické příčiny akutní pánevní bolesti	18
3.2.2 Gynekologické příčiny akutní pánevní bolesti	19
3.2.3 Chirurgické příčiny akutní pánevní bolesti ...	21
3.2.4 Urologické příčiny akutní pánevní bolesti ...	21
3.2.5 Diferenciálně diagnostický postup při akutní pánevní bolesti	22
3.3 Intermitentní pánevní bolest	22
3.3.1 Bolest v souvislosti s menstruačním cyklem	22
3.3.2 Bolest v souvislosti s pohlavním stykem	24
3.3.3 Bolest v souvislosti s defekací (dyschezie)	25
3.3.4 Bolest v souvislosti s močením (dysurie)	25
3.4 Chronická pánevní bolest	26
Literatura	27
4 Inkontinence moči (<i>Jaromír Mašata</i>)	29
4.1 Symptomy inkontinence moči – definice	29
4.2 Poruchy shromažďování moči – definice	29
4.3 Znamky (projevy, nálezy) inkontinence moči	30
4.4 Mikční karty a deníky	30
4.5 Urodynamické vyšetření	32
4.5.1 Uroflowmetrie	32
4.5.2 Měření postmikčního rezidua	32
4.5.3 Cystometrie	32
4.6 Radiologické vyšetření	36
4.7 Magnetická rezonance	36
4.8 Ultrazvukové vyšetření	37
4.8.1 Anatomické struktury zobrazované při urogynekologickém vyšetření	37
4.8.2 Technika ultrazvukového vyšetření	37
4.8.3 Současné možnosti využití ultrazvukového vyšetření v urogynologii	37
4.9 Léčba stresové inkontinence moči	43
4.10 Hyperaktivní močový měchýř	43
4.11 Anticholinergní látky	44
4.11.1 Chemické vlastnosti anticholinergních látek	44
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		
5.6 Poruchy cyklu u uživatelék HRT	53	9 Klasifikace gynekologických nádorů	
6 Syndrom polycystických ovarií (Michael Fanta,		(Pavel Dundr, Kristýna Němejcová)	93
Jana Vrbíková)	55	9.1 Úvod do problematiky	93
6.1 Epidemiologie	55	9.2 Nádory vulvy	94
6.2 Kritéria pro diagnózu syndromu, definice	55	9.2.1 Benigní nádory	94
6.3 Etiopatogeneze	56	9.2.2 Prekurzory dlaždicobuněčného	
6.4 Klinické projevy	56	karcinomu	94
6.5 Diagnostika	57	9.2.3 Maligní nádory	95
6.6 Diferenciální diagnostika	57	9.3 Nádory vagíny	96
6.7 Pozdní komplikace	58	9.3.1 Epitelové nádory	96
6.7.1 Neonkologické komplikace	58	9.3.2 Smíšené epitelové a mezenchymální	
6.7.2 Onkologické komplikace	60	nádory	97
6.8 Další doprovodné projevy PCOS	62	9.3.3 Mezenchymální nádory	97
6.9 Farmakoterapie	62	9.3.4 Melanocytární nádory	97
6.10 Nefarmakologické možnosti léčby	67	9.4 Nádory děložního čípku	98
Literatura	67	9.4.1 Prekancerózy děložního čípku	98
7 Hirsutismus (Michael Fanta)	69	9.4.2 Epitelové nádory	98
7.1 Diagnostika	69	9.4.3 Mezenchymální nádory	99
7.2 Diferenciální diagnostika	70	9.5 Nádory těla děložního	99
7.3 Léčba	71	9.5.1 Epitelové nádory	100
7.3.1 Nefarmakologické metody	71	9.5.2 Smíšené epitelové a mezenchymální	
7.3.2 Farmakologické metody	72	nádory	101
Závěr	73	9.5.3 Mezenchymální nádory	102
Literatura	73	9.6 Nádory děložní tuby	104
8 Sterilita (Dana Koryntová)	75	9.6.1 Prekurzor high-grade serózního	
8.1 Úvod do problematiky	75	karcinomu	104
8.2 Anamnéza a faktory ovlivňující		9.7 Nádory ovaria	104
plodnost páru	76	9.7.1 Epitelové nádory	104
8.3 Fyzikální vyšetření	78	9.7.2 Mezenchymální nádory	109
		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 Známky 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
		Závěr	194
		Literatura	194
19 Kardiokografie a jiné metody sledování stavu plodu za porodu (Pavel Čepický).....	181	21 Poznámky k diferenciální diagnostice v šestinedělí (Pavel Čepický).....	197
19.1 Kardiografie	181	21.1 Nedělka, nevyzpytatelná pacientka	197
19.1.1 Bazální frekvence.....	181	21.2 Specifické komplikace v šestinedělí.....	197
19.1.2 Variabilita	182		
19.1.3 Akcelerace	183	Možnosti léčby	
19.1.4 Decelerace	184	Léčivé přípravky systémové enzymoterapie (SET) a možnosti jejich terapeutického využití v gynekologii a porodnictví	119
19.2 Tokografie	186		
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 bikarbonátovýchází (base deficit)
BE	deficit bikarbonátovýchází (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	cypoteron 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)
GnRHa	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 modulatory 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)

Úvod

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 vyšetřujícímu. Postup, který znám

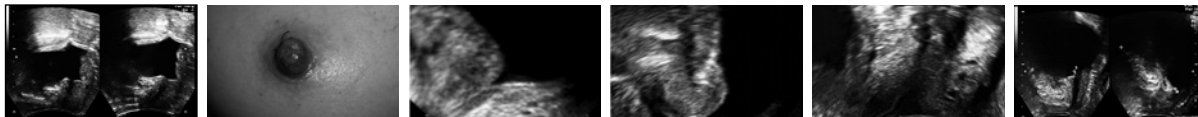
z některých pracovišť, kde je pacientka ze všeho nejdříve sestrou poslána na ultrazvuk, pokládám za zvrácený. Sonografista musí vědět, co má hledat a na jakou otázku má odpovídat.

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.

Pavel Čepický



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 obvykle 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 kápne 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, trichomoniázu, 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** kultivační 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 kultivační 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 kultivací, může být součástí normální poševní mikroflóry a snaha o její „eliminaci“ nemá naději na úspěch. Mezi gynekologickými ambulantami stále bloudí řada pacientek, kterým se gynekologové snaží antibiotiky vy-

hubit nějakou bakterií, 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 vřidky), 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 imunkompetentní pacientky). Nicméně pokládám za rozumné poučit pacientku, aby v případě, že vřidky 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. Sam 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 nevzácném 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 záludnost tohoto poměrně vzácného stavu).

■ Anaerobní vaginóza

Diagnostická kritéria (Pheiferova /Anselmova/ kritéria) musí být splněna alespoň tři: typický vzhled výtoku (šedý, řídký, ulpívající na stěnách, správné posouzení však vyžaduje určitou zkušenost), $\text{pH} > 4,6$, pozitivní aminový test, mikroskopický průkaz tzv. klíčových buněk (vaginální epitelie pokryté bakteriemi, což jim dává „zrnitý“ vzhled).

Poznámka: Kultivační průkaz bakterie *Gardnerella vaginalis* nepatří mezi diagnostická kritéria a kultivace zaměřená na tyto bakterie (mimořádně nikoli laciná) nepatří k diagnostickému algoritmu. Nevzácně je lze totiž najít i u zcela asymptomatických žen a naopak, u anaerobní vaginózy může být vyšetření negativní.

■ Aerobní vaginitida

Diagnostickými kritérii jsou $\text{pH} > 4,6$ a aminový test negativní. V mikroskopickém vyšetření v obrazu chybí laktobacily a je přítomno velké množství bakterií a leukocytů (u anaerobní vaginózy leukocyty chybí), v těžkých případech jsou pak přítomny parabazální buňky.

■ Tzv. atrofická vaginitida

Jde o vulvovaginální diskomfort v hypoestrinním terénu. Obraz odpovídá aerobní vaginitidě. Vyskytuje se typicky u ženy postmenopauzální (může se objevit i u ženy užívající hormonální substituční terapii, HRT), ale i u ženy kojící (zde se na to často zapomíná).

Vyčlenění této jednotky je důležité z hlediska terapie a především recidivy potíží – nutná je dlouhodobá vaginální aplikace estrogenních přípravků.

■ Smíšené a „nezařaditelné“ případy

Případů, které splňují diagnostická kritéria dvou (nebo i tří) jednotek, nebo které naopak nesplňují diagnostické kritérium žádné, je více, než je příjemné. V terapii většinou pomohou směsné preparáty, diagnóza někdy vyplývá z opakovaných vyšetření při recidivě potíží.

1.4 Některé vzácné příčiny chronického vulvovaginálního diskomfortu

Myslíme na ně tam, kde klinický obraz neodpovídá běžným „vulvovaginitidám“ nebo kde jsme neuspěli s terapií indikovanou podle „běžné“ diagnózy.

■ Alergická vulvovaginitida

Protože jde o opožděnou hypersenzitivitu a latence od expozice alergenu je i několikadenní, její identifikace není snadná. Přichází-li pacientka s chronickým vulvovaginálním diskomfortem, je dobře na ni myslet předem. Tedy: vyloučit jakoukoli lokální terapii, jakoukoli kosmetiku a mýdla (mýt se jen vodou), vyměnit prací prášky. Pátrat po jiných projevech alergických reakcí. Definitivní diagnózu učiní alergolog.

■ Vestibulitida

Charakteristická je výrazná bolest vestibula na dotyk anebo při pokusu o proniknutí do pochvy. Bolestivý je také tlak na vestibulum. Potíže znesnadňují a často dokonce znemožňují soulož. Existuje v akutní i chronické formě.

Objektivně najdeme difuzní nebo fokální erytém kolem vestibula či ústí periuretrálních žlázek.

Diagnóza se učiní z anamnézy, z citlivosti vestibula na dotyk štětičkou a z vulvoskopie (neulcerující enantém).

■ Dysestetická (esenciální) vulvodynie

Obvykle je popisována jako pálení zevního genitálu, pruritus zpravidla chybí nebo je jen mírný. Bolest může být fokální nebo difuzní, nejčastěji je postiženo ústí uretry a zadní komisura. Charakteristické je, že i když je bolest popisována jako silná, neruší spánek a nebrání souloži ani gynekologickému vyšetření. Typické rovněž je, že pacientka často udává zarudnutí rodidel, které lékař není schopen nalézt. V terapii lze s úspěchem zkusit antidepressiva.

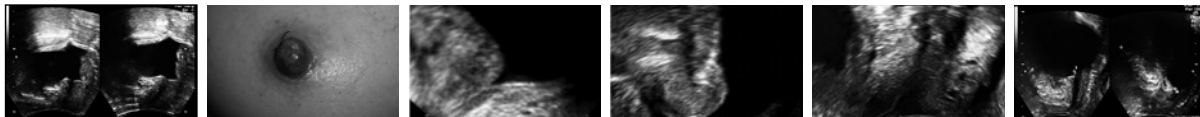
■ Tzv. psychosomatická vulvovaginitida

Klinický obraz je totožný s běžnou infekční vulvovaginitidou. Pacientky si stěžují na výtok, svědění, pálení. Typické je, že potíže jsou uváděny jako důvod k přerušování sexuálního života („nejdřív přece musím být zdravá“). Typická je rovněž anamnéza neúspěšné léčby různými lékaři a různými postupy.

Příčina spočívá v nevědomém odmítání pohlavního styku. Pokusy o somatickou terapii vedou pouze k vaginální dysmikrobii a alergizaci a stav jen zhoršují.

■ Dermatologická onemocnění vulvy

Diagnóza (a následná terapie) náleží dermatologovi.



Diferenciální diagnostika nálezů na vulvě

Jiří Sláma

Nemoci vulvy jsou velmi heterogenní skupinou klinických jednotek. Jejich diagnostika a léčba často vyžaduje úzkou multidisciplinární spolupráci, zejména mezi gynekology, dermatovenerology a patologi. Podobná symptomatologie řady nemocí a vysoká frekvence reaktivních i benigních nálezů ale činí z onemocnění vulvy poměrně odtažitý problém. Nezřídka se tak stává, že pacientka s vulvárním diskomfortem nenachází adekvátní a včasnou pomoc. Algoritmus péče o pacientky s vulvární patologií by s ohledem na svůj intimní charakter měl být primárně soustředěn do gynekologických ordinací.

Pro srozumitelnou komunikaci mezi jednotlivými odborníky i mezi jednotlivými klinickými obory, které zajišťují péči o pacientku s onemocněním vulvy, je nezbytné dodržování jednotné terminologie vycházející z obecného dermatologického názvosloví a respektování mezinárodně uznávané klasifikace. Aktuálně vedle sebe stojí dvě rovnocenné klasifikace, které byly vytvořeny Mezinárodní společností pro studium vulvovaginálních nemocí (International Society for the Study of Vulvovaginal Disease, ISSVD). Klinicko-patologická klasifikace reprezentuje obecnější přístup členění nemocí vulvy podle hlavní patologie a Klinická klasifikace rozděluje diagnózy do skupin na základě dominantního morfologického nálezu.

2.1 Klinicko-patologická klasifikace onemocnění vulvy

Mezinárodní společnost pro studium vulvovaginálních nemocí doporučuje na základě klinicko-patologických odlišností klasifikovat onemocnění vulvy do pěti skupin:

1. prekancerózy vulvy
2. nádory vulvy
3. vulvární dermatózy
4. infekční onemocnění vulvy
5. bolesti vulvy

Zařazení onemocnění do jednotlivých kategorií má význam i pro předpoklad další spolupráce v péči o pacientky. Zatímco léčba prekanceróz, většiny nádorů a infekčních onemocnění vulvy spadá do kompetence gynekologů, vulvární dermatózy a bolesti vulvy vyžadují úzkou spolupráci s dermatovenerology, patologi, algeziology a neurologi.

2.1.1 Prekancerózy vulvy

■ Dlaždicobuněčné prekancerózy – skvamózní intraepiteliální léze (SIL) a diferencovaná vulvární intraepiteliální neoplazie (D-VIN)

Terminologický vývoj klasifikace dlaždicobuněčných prekanceróz doznal v posledních letech řady změn (tab. 2.1). Současná WHO klasifikace reflektuje dělení na léze asociované s HPV infekcí a léze bez asociace s HPV infekcí. HPV-asociované léze jsou analogicky ostatním částem dolního genitálního traktu členěny podle závěrů projektu LAST (The lower anogenital squamous terminology standardisation project) na léze nízkého stupně (low-grade squamous intraepithelial lesion, LSIL) a léze vysokého stupně (high-grade squamous intraepithelial lesion, HSIL). V morfologicky nejasných případech je doporučeno imunohistochemické vyšetření exprese proteinu p16, jehož silná difúzní pozitivita má jak diagnostický, tak prognostický význam a řadí lézi mezi HSIL. Léze, které nejsou asociované s HPV infekcí, jsou označovány jako D-VIN. Termíny LSIL,

HSIL a D-VIN nahradily nesourodá označení skvamózních prekanceróz vulvy zahrnujících VIN 1–3, dysplazii vulvy, karcinom *in situ* vulvy, Bowenovu nemoc, bowenoidní papulózu, bowenoidní dysplazii, hypertrofickou dystrofii s atypiiemi a kondylomatózní dysplazii.

Tab. 2.1 Srovnání klasifikace ISSVD 1986, 2004 a WHO 2014

ISSVD 1986	ISSVD 2004	WHO 2014
VIN, obvyklý typ, grade 1	reaktivní změny, plochá kondylomatózní léze	LSIL
VIN, obvyklý typ, grade 2	VIN, obvyklý typ (u-VIN) – bazaloidní, kondylomatózní, smíšená	HSIL
VIN, diferencovaný typ, grade 3	VIN, diferencovaný typ (d-VIN)	D-VIN

Mezi SIL a D-VIN je řada rozdílů. Kromě asociace s HPV infekcí, rizikových faktorů a klinické manifestace je podstatný také odlišný progresivní potenciál (tab. 2.2).

Tab. 2.2 Anamnestické a klinické rozdíly mezi SIL vulvy a D-VIN

	SIL	D-VIN
věk pacientky	nižší	vyšší
asociace s HPV infekcí	ano	ne
anamnéza cervikální a vaginální SIL	ano	ne
současný výskyt vulvární dermatózy	ne	často
kouření	často	vzácně
imunosuprese/imunodeficit	často	ne
polychromatické léze	často	vzácně
riziko progresu v karcinom	omezené	vysoké

Prekancerózy vulvy mohou vznikat v terénu vulvární dermatózy. Odlišení dermatózy, zejména lichen sclerosus a lichen simplex chronicus, od prekancerózy je jedním z nejčastějších důvodů pro referování pacientky k expertnímu vyšetření. Hlavní odlišnosti shrnuje tabulka 2.3.

■ Nedlaždicobuněčné prekancerózy

Melanom *in situ* a dysplastické névy jsou prekurzory nejčastějších nonskvamózních malignit. Prekancerózy adenokarcinomů vulvy nejsou definovány.

2.1.2 Nádory vulvy

Nádorová onemocnění vulvy jsou podle biologického chování členěna na benigní a maligní. Epitelové maligní nádory jsou analogicky prekancerózám klasifikovány na dlaždicobuněčné a nedlaždicobuněčné.

2.1.3 Vulvární dermatózy

Termín vulvární dermatózy je souhrnným označením pro benigní, neinfekční nemoci vulvy a nahrazuje dříve používané termíny krauróza, dystrofie nebo nenádorová epitelová onemocnění vulvy. Vulvární dermatózy zahrnují široké spektrum onemocnění, jejichž léčba by měla spadat do kompetencí dermatovenerologa. V gynekologické praxi jsou nejčastěji předmětem péče lichen sclerosus (přídomek „et atrophicus“ byl vzhledem k absenci projevů atrofie u části nemocných v aktuální terminologii vypuštěn), lichen simplex chronicus a lichen planus. Klinicko-patologická klasifikace vulvárních dermatóz rozlišuje šest skupin na základě kombinace klinického obrazu a histopatologických charakteristik (tab. 2.4). Pro běžnou klinickou praxi je ale poměrně komplikovaná.

Tab. 2.3 Diferenciální diagnostika prekanceróz vulvy a lichen sclerosus/simplex chronicus

	LSIL, HSIL, D-VIN	Lichen sclerosus/simplex chronicus
topografie	asymetrické léze, často multifokální, kdekoliv na vulvě	symetrické postižení, postižená plocha tvaru přesýpacích hodin
dekonfigurace vulvy	ne	ano – resorpce malých labií
celofánový lesk epitelu	není	často
atrofie	není	často

hyperkeratóza	často	vzácně
lichenifikace	není	často
polychromatické léze	často	ne
přítomnost ragád	vzácně	často
zbělení po aplikaci roztoku kyseliny octové	ano	ne
kolposkopicky patrné cévní atypie	ano	ne
subepiteliální sufuze	ne	ano

Tab. 2.4 *Klinicko-patologická klasifikace vulvárních dermatóz*

Typ vulvární dermatózy	Klinická jednotka
spongiotický	atopická dermatitida alergická kontaktní dermatitida kontaktní iritační dermatitida
akantotický	psoriáza lichen simplex chronicus • primární (idiopatický) • sekundární (superponovaný na jiné vulvární dermatózy)
lichenoidní	lichen sclerosus lichen planus
sklerotizující	lichen sclerosus
vezikulobulózní	pemfigoid lineární IgA nemoc
akantolytický	nemoc Hailey-Hailey Darierova nemoc papulární genitokrurální akantolýza

2.1.4 Infekční onemocnění vulvy

Klasifikace infekčních onemocnění vulvy respektuje obecné členění infekcí podle vyvolávajícího činitele na infekce bakteriální, virové, mykotické, parazitární a smíšené. Podle časových vztahů se dále rozlišuje primární infekce, sekundární infekce a rekurentní infekce. Většina vulvárních a vulvovaginálních infekcí je léčena gynekology, průkaz lues, gonorey, lymphogranuloma venereum, granuloma venereum nebo ulcus molle podléhá na základě vyhlášky č. 195/2005 Sb. povinnému hlášení, dermatovenerologické léčbě a depistáži.

2.1.5 Vulvární bolest

Klasifikace a terminologie vulvárních bolestí prodělala řadu změn. Poslední klasifikace byla publiková-

na Moyalovou-Barracovou a Lynchem v roce 2004. Bolestivé senzací v oblasti vulvy jsou členěny na dvě skupiny podle vyvolávajících příčin (tab. 2.5).

První skupina zahrnuje bolesti asociované s působením konkrétních příčin, druhá zahrnuje bolesti, jejichž příčina je neznámá. Bolesti nebo pálení bez patrné organické léze nebo neurologického onemocnění jsou označovány jako vulvodynie. Z patofyziologického pohledu jde o formu neuropatické bolesti, která může být generalizovaná nebo lokalizovaná. Lokalizovanou vulvodynii je možno blíže definovat podle místa s maximem bolestivosti. Nejčastější je vestibulodynie, vzácně jsou klitoridodynie nebo hemivulvodynie. Vulvodynie může být provokovaná sexuálními podněty, jinými podněty bez souvislosti se sexuální aktivitou nebo oběma uvedenými způsoby. Méně častá je vulvodynie spontánní, která je přítomna trvale nebo intermitentně bez zjevného spouštěcího mechanismu, nebo vulvodynie kombinovaná.

Tab. 2.5 *Klasifikace vulvárních bolestí*

Vulvární bolest při jiných onemocněních	při infekčních nemocech	
	při zánětlivých nemocech	
	při nádorových nemocech	
	při neurologických nemocech a stavech	
Vulvodynie	generalizovaná	provokovaná • sexuálně • bez sexuálních podnětů • kombinovaně spontánní smíšená
	lokalizovaná	provokovaná • sexuálně • bez sexuálních podnětů • kombinovaně spontánní smíšená

2.2 Klinická klasifikace onemocnění vulvy

Klinická klasifikace onemocnění vulvy vychází z dominantního morfologického nálezu a zahrnuje jak fyziologické nálezy (vestibulární papilomatózu, vulvární melanózu, Fordyceho skvrny aj.), tak i nálezy patologické. Ve srovnání s klinicko-patologickou klasifikací lépe odráží potřeby běžné klinické praxe. Podle zbarvení, viditelné eflorescence nebo kombinace zbarvení a eflorescence jsou onemocnění vulvy členěna do osmi skupin na:

1. léze v barvě kůže

2. červené léze – skvrny a plaky
3. červené léze – papuly a noduly
4. bílé léze
5. tmavé léze – hnědé, modré, šedé a černé
6. puchýřnaté léze
7. eroze a vředy
8. edémy (difúzní otoky vulvy)

Hlavním přínosem klinické klasifikace je zjednodušení a zrychlení diagnostického procesu. Jednotlivé skupiny totiž zahrnují vždy jen omezený počet diagnóz, které je následně nutno zvážit v rámci diferenciální diagnostiky (tab. 2.6).

Tab. 2.6 Klinická klasifikace vulvárních nálezů

Léze v barvě kůže	papuly a noduly	• vestibulární papilomatóza • molluscum contagiosum • condylomata acuminata • jizva • LSIL, HSIL • D-VIN • kožní prominence (akrochordon, fibroepiteliální polyp) • névus (intra dermální typ) • mucinózní cysty (mohou mít žlutý odstín) • epidermální cysta • hidradenoma papilliferum • cysta a tumor Bartholinovy žlázy • syringom • bazocelulární karcinom
	plaky	• lichen simplex chronicus a další lichenifikující nemoci • LSIL, HSIL • D-VIN
Červené léze – skvrny a plaky	ekzematózní a lichenifikující nemoci	• alergická kontaktní dermatitida • kontaktní iritační dermatitida • atopická dermatitida • ekzematózní změny superponované na jiné vulvární nemoci • nemoci napodobující ekzematózní onemocnění (kandidóza, nemoc Hailey-Hailey a Pagetova nemoc) • lichen simplex chronicus • lichenifikace při jiných onemocněních s pruritem
	bez disrupce epitelu	• kandidóza • psoriáza • LSIL, HSIL • D-VIN • lichen planus • vulvitida z plazmatických buněk (Zoonova) • bakteriální infekce měkkých tkání (celulitida a nekrotizující fasciitida) • Pagetova nemoc
Červené léze – papuly a noduly	papuly	• folikulitida • condylomata acuminata • angiokeratom • zánětlivě změněné molluscum contagiosum • hidradenitis suppurativa (časné léze)