

PROBLEMATIKA DĚTSKÉ GYNEKOLOGIE V ORDINACI DĚTSKÉHO LÉKAŘE

MUDr. Yveta Jandová

Gynekologická ambulance, Liberec

Autorka v článku shrnula informace o nejčastějších gynekologických onemocněních dětí, s nimiž se pediatr ve své ordinaci setkává a zmínila se o možnostech léčby.

Klíčová slova: vulvovaginitis, adnexitis, metrorrhagia juvenilis.

THE PROBLEMS OF PEDIATRIC GYNECOLOGY IN THE PEDIATRICIAN'S OFFICE

In the article the author summarized the informations about the most frequent gynecological children diseases, which pediatricians encounter in their surgeries and mentioned the possibilities of treatment.

Key words: vulvovaginitis, adnexitis, metrorrhagia juvenilis.

Úvod

Lékařem prvního kontaktu gynekologicky nemocného děvčátka zůstává v naprosté většině případů pediatr, u něhož jsou rodiče zvyklí hledat pomoc při každém onemocnění dítěte.

Pediatr též dívku sleduje od novorozeneckého období až po dobu pohlavního dozrávání při pravidelných prohlídkách a má tak možnost zachytit známky gynekologického onemocnění a včas zabránit rozvoji nemoci a tím i jejím případným následkům.

Je tedy nezbytné, aby byl dětský lékař obeznámen s problematikou a symptomatologií gynekologických patologií a pomyslel na ně i při svých diferenciálně diagnostických rozvahách.

Vulvovaginitis

Nejčastějším gynekologickým onemocněním v dětství, představujícím až 90 % náplně práce dětského gynekologa, je zánět zevních rodidel – vulvitis – a zánět pochvy – colpitis. Vyskytují se zpravidla současně, jejich etiologie, diagnostika a léčba je totožná a proto hovoříme o vulvovaginitis.

Charakteristickým a často jediným příznakem onemocnění je výtok – fluor vaginalis.

V dětském věku rozlišujeme druhy fluoru podle období, ve kterém se vyskytne.

V novorozeneckém období a v období pohlavního dospívání, tedy na estrogenizovaném terénu, se setkáme i s fyziologickým výtokem – fluor neonatalis neboli pubertalis purus. Je tvořen hlenem žlázek děložního hrdla a Döderleinovým laktobacilem, produkujícím kyselinu mléčnou. V období klidovém je každý výtok projevem zánětu rodidel.

Nejčastěji bývá zdrojem nákazy střevní ústrojí při nesprávných, či zcela chybějících hygienických návycích – asi u poloviny dívek s vulvovaginitis je prokázán *Enterobius vermicularis*. Běžnými zástupci střevní flóry jsou *Escherichia coli*, *Enterococcus*, *Proteus*, *Klebsiella*.

Další způsob přenosu infekce je manipulace v oblasti rodidel při masturbaci, dětských „doktorských“ hrách, zavádění cizích těles a také při pohlavním zneužívání dítěte. Zástupcem bakteriální flóry pak bývá *Staphylococcus pyogenes aureus*.

Krevní cestou dochází k přenosu infekce při celkových onemocněních dítěte, např. při angíně, infektech horních cest dýchacích, spále, zánětech středouší. V kultivaci z krku, nosu a pochvy pak nacházíme často shodně streptokoky.

Nelze opomenout přenos infekce zatékáním bakterií kontaminované moči do pochvy.

Naopak u klinicky jasné tzv. neinfekční vulvovaginitidy patogeny nenacházíme. Při jejím vzniku se uplatňuje dráždění chemickými látkami (zbytky pracích prášků, alkalická mýdla, deodoranty), spodní prádlo z neprodyšných látek, těsné jeansy.

Zatímco v období pohlavního dospívání vzrůstá frekvence mykóz (*Candida albicans*, *Candida glabrata*), v období klidovém je toto onemocnění vzhledem k chybějící estrogenizaci bez dalších podpůrných faktorů vzácné. Vyskytuje se spíše u juvenilních diabetiček, dívek s pubertas praecox, při léčbě širokospektrými antibiotiky.

Pokud je mykóza opakovaně diagnostikována v období klidovém, je vhodné vyšetřit aspoň glykémii nalačno.

V období pohlavního dospívání se manifestuje dosud subklinicky probíhající trichomoniáza jako akutní výtok i bez reinfekce. U dětí připouštíme i nepohlavní cestu přenosu infekce při špatných hygienických poměrech v rodině.

Také při kultivačním nálezu *Neisseria gonorrhoeae* může dojít k přenosu cestou nepohlavní, vždy však musíme pátrat po možném pohlavním zneužívání.

Dětská kapavka probíhá na terénu nechráněném kyselelou reakcí jako akutní vulvovaginitis s masivním smetanovým fluorem.

Rozhodujícím momentem ovlivňujícím cestu přenosu infekce a složení bakteriální flóry je kromě estrogenizace zahájení pohlavního života.

Symptomatologie a diagnostika

Výtok z rodidel je nejvýraznějším příznakem onemocnění. Charakter výtoku závisí na etiologickém agens a může být hlenovitý, zpeněný, škrbovitý, bílý, nažloutlý až do zelena, zakrvavělý. Také intenzita a trvání je různé. Hojný hnisavý až putridní výtok provází přítomnost cizího tělesa v pochvě.

Opruzení rodidel od jasně červeného zbarvení při akutní vulvovaginitidě až po tmavěji zbarvené perigenitální halo při chronickém výtoku.

Na edematózních a macerovaných rodidlech jsou patrné ragády a exkoriace.

Projevem zánětlivého překrvení tenké poševní stěny v klidovém období, či dekubitálních změn při tlaku cizího tělesa bývá i krvácení. Mylně může být hodnoceno jako příznak předčasné puberty.

Dítě samo udává pálení a svědění rodidel, pálení při močení, pobolívání v podbřišku, nad sponou a za ní. Opakující se pobolívání v podbřišku může být také projevem kolonizace střeva rousy.

Léčba

1. Před zahájením léčby musíme odstranit vyvolávající příčiny – úprava hygienických návyků, léčba oxyuriázy, odstranění cizího tělesa z pochvy.
2. Léčíme na základě kultivačního nálezu a zjištěné citlivosti. Na výsledek kultivace nečekáme u akutního onemocnění. Léky podle klinického nálezu a zkušeností podáme ihned a léčbu případně změňme až s laboratorním výsledkem. Při jasné klinické vulvovaginitis je léčba na místě i při negativní kultivaci (neinfekční vulvovaginitis).
3. Vulvovaginitis léčíme zásadně lokálně. Indikací k celkové terapii je současné celkové onemocnění – infekce močových cest, respirační infekce, spála, průkaz streptokoků v pochvě i v krku, či nosu, onemocnění pohlavně přenosnou chorobou. Celkovou léčbu ovšem vždy kombinujeme s léčbou lokální, neboť celkově podané léky se v pochvě nevylučují v dostatečně účinné koncentraci a zánět po přechodném zlepšení vzplane znovu.
4. Před sedacími koupelemi, kdy jsou rodidla ponořena v malém množství tekutiny spolu s řitním otvorem a jeho okolím, dáváme zásadně přednost oplachům rodidel ruční sprchou nebo použití bidetu.
5. Vaginální ošetření začínáme výplachem pochvy dezinfekčním roztokem kyseliny peroctové či carbethopendecinií bromidum (Persteril 0,025 %, Septonex 0,05 %) zahřátým na tělesnou teplotu. K výplachům používáme tuhrou, nejlépe skleněnou ženskou cévku. Po té zavedeme léčebný čípek co nejhlouběji do pochvy a to 1× denně po dobu 7 až 10 dnů. Léčebné čípky používané v dětské gynekologii jsou menší, než čípky pro dospělé, mají projektilový tvar pro snazší zavedení a jsou připravované magistraliter nejčastěji s nitrofurantoinem nebo sulfathiazolem (Furanto-in či Sulfathiazol). Roztok boraxu v glycerinu používáme při mykózách, u smíšených infekcí se osvědčil komerčně vyráběný krém (nifuratel s nystatinem) se štíhlým zavaděčem. Úporný pruritus pomůže zklidnit celkově podané antihistaminikum.

Zvýšenou vlhkost a kyselost fluoru pubertalis purus zmírní oplachy roztokem žrávčí sody. Podrážděnou, macerovanou kůži rodidel zklidníme aplikací masť s bacitracinem a neomycinem (Framykoin) či kombi-

nací ichthamolu s kyselinou boritou, zinkem a quaiazu-lenem (Pityol).

Vaginální ošetřování malých děvčátek by měl provádět lékař nebo zacvičená sestra. Matka může, zejména u neklidného dítěte nebo při vysokém semilunárním hymenu, zavést čípek do uretry s následnou hemoragickou cystitidou a nebo z obavy před poraněním děvčátka nezavést čípek dostatečně hluboko a lék vzápětí vyteče do prádla. Starším dívkám, majícím často zkušenost se zaváděním menstruačních tamponů, nebude jistě správné zavedení léku činit obtíže.

Klinický význam vulvovaginitidy

Vulvovaginitis jako nejčastější gynekologické onemocnění v dětském věku přináší kromě dyskomfortu i rizika pro zdraví dívky. Infekce pochvy a vulvy má velmi úzký vztah k infekci močových cest. Krátká a široká dětská uretra snadno umožní ascenzi infekce do močových cest. Možný je i přenos opačný. Při mikčních cystourethrografiích bylo popsáno zatékání moče do pochvy, někdy i přes dutinu děložní do vejcovodů a dále do peritoneální dutiny.

Proveklá vulvovaginitis může způsobit zánětlivé změny děložního hrdla, s nástupem pohlavního dospívání může být i zdrojem ascenze infekce do vyšších oddílů rodidel.

Vulvovaginitis v dětství i v dospívání je onemocnění, které nesmíme podcenit, ale naopak vyhledávat a cíleně léčit, abychom předešli vzniku dalších onemocnění, popřípadě poruchám fertility.

Dívky s masivním páchnoucím výtokem by měly být před zahájením jakékoli léčby vyšetřeny vaginoskopem k vyloučení přítomnosti cizího tělesa v pochvě. Stejně tak by měly být neprodleně do ambulance dětského gynekologa odeslány dívky při každém zakrvácení v klidovém období.

U pacientek s chronickým, recidivujícím zánětem pochvy a vulvy je možné indikovat balneoterapii.

Adnexitis

V posledních letech narůstá počet vyšetřovaných a následně léčených dívek se záněty adnex. Zpravidla postižené dívky procházející pubertou, kdy vnitřní bohatě prokrvená rodidla jsou terénem velmi citlivým pro usídlení zánětu. V klidovém období se zánět děložních přívesků vyskytuje jako součást jiného zánětlivého procesu v malé pánvi.

Jsou tři cesty přenosu infekce na adnexa

- a) ze střevního ústrojí: per continuitatem při positio pelvina apendixu, lymfatickými spoji v Clado-Durandově řase, zatékáním výpotku zanícené serozy apendixu do malé pánve
- b) ascenzí infekce z pochvy: tato cesta je u děvčátek nejméně významná, riziko ascenze infekce stoupá po zahájení pohlavního života
- c) hematogenní cestou vzniká adnexitis při jiném zánětlivém onemocnění; asi u poloviny dívek trpících chronickou nebo opakovaně exacerbující adnexitidou byly zjištěny zánětlivé změny na patrových mandlích.

Z možných původců zánětu adnex nejčastěji předpokládáme *E.coli*, *Enterococcus*, *Proteus*, anaerobní střevní flóru, streptokoky, stafylokoky.

Symptomatologie a diagnostika

U mladistvých není klinický obraz nikterak dramatický.

Konstantním a nejdůležitějším příznakem je bolest v podbřišku, popisovaná spíše jako opakované pobolívání se zhoršením při pohybu a otřesech, s iradiací do křížové krajiny a do steh. Dívky popisují výrazné bolesti při menstruaci. Horečnaté stavy jsou výjimkou, typická je zvýšená tělesná teplota v podobě nepravidelně se opakujících subfebrilií. Fluor vaginalis nalézáme současně jen asi v polovině případů adnexitid, kulturační nález pak nebývá tožný s nálezem na adnexech.

V laboratorních hodnotách nalezneme mírné zvýšení sedimentace, nebývá výrazná leukocytóza ani alarmující hodnoty jiných zánětlivých parametrů.

Gynekologický palpační nález zpočátku bývá nevýrazný, až při rozvoji infiltrátu a edému lze vyhmátnat bolestivé pastózní zduření. Součástí gynekologického vyšetření je ultrasonografie malé pánve, diagnostická laparoskopie se u dospívajících provádí jen výjimečně.

V ojedinělých případech může postupující hnisavý zánět adnex vytvořit adnexitumor nebo tuboovariální absces zavzatý do periapendikálního infiltrátu či abscesu po předchozí perforaci appendixu.

Léčba

Léčba zánětu adnex patří do kompetence gynekologa. Léčba trvá 10 dní, převážně za hospitalizace.

Mezi nejčastěji používaná antibiotika a chemoterapeutika patří amoxycilin s kyselinou klavulanovou, cefalexin, doxycyklin, klindamycin, sultamicilin, a to v kombinaci s metronidazolem, účinným na anaerobní bakterie.

Průnik antibiotik do zánětlivého ložiska u chronické adnexitidy není dostatečný, proto dáváme přednost enzymoterapii a nesteroidním antirevmatikům. S dobrými výsledky se používá polyvalentní vakcína Adnexba inj.

Závažné, abscedující formy řeší mnohdy gynekolog operační intervencí, nezřídka s dětským chirurgem.

Po ukončení léčby pacientku sledujeme, nejméně na dobu jednoho měsíce osvobozujeme od tělesné výchovy, varujeme před větší fyzickou námahou a prochladnutím – např. tolik oblíbeným opalováním v mokřích plavkách.

Podpůrným faktorem vzniku recidiv adnexitid jsou i negativistické postoje dívek, pro období dospívání typické a také podceňování možných následků.

Součástí komplexní terapie je lázeňské doléčení.

Klinický význam

Nejdůležitějším preventivním opatřením je na adnexitidu pomyslet a zahrnout ji do diferenciálně diagnostických úvah.

Klinické známky zánětu adnex u dospívajících jsou méně výrazné, než u dospělých žen. Dětské lékařské i dětské chirurgové by měli při opakujících se bolestech, subfeb-

rilii, hraničních či zvýšených hodnotách zánětlivých markerů a negativním chirurgickým nálezem indikovat včas gynekologické vyšetření. Úzký vztah mezi apendicitidou a adnexitidou je důvodem, proč řešit apendicitis u dívek radikálněji. Nejzávažnějším následkem zánětu adnex je možnost poškození průchodnosti vejcovodů. Dívky se pak nejen stávají klientkami center asistované reprodukce, ale jsou ohroženy také zvýšeným výskytem mimoděložního těhotenství.

Metrorrhagia juvenilis

Dysfunkční krvácení u pubertálních a postpubertálních dívek označované jako juvenilní metroragie se nejčastěji vyskytuje v prvních šesti měsících menstruačního stáří. Výskyt klesá se stabilizací cyklů během jednoho až dvou let s dalším maximem výskytu za dva roky po menarche.

Pod vlivem anovulačních hyperestrinních cyklů endometrium nadměrně proliferuje a při spádu hladiny estrogenu nekrotizuje a odlučuje se. Vzhledem k deficitu progesteronu není sliznice děložní sekrečně transformována a odlučuje se nepravidelně, neúplně, a to se pak projeví silným a protrahovaným dysfunkčním krvácením.

Juvenilní metroragie může být vzácně projevem zánětu sliznice děložní. V anamnéze pak nacházíme prodělané horečnaté onemocnění, zánět horních cest dýchacích, infekci močových cest.

Symptomatologie a diagnostika

Nástup juvenilní metroragie může být nenápadný, nezřídka se dostaví po období bez krvácení – oligomenorea až tzv. sekundární amenorea, či navazuje na stupňující a prodlužující se krvácení. Dívky a často i matky si na nepravidelné, dlouhé a silné krvácení zvykají, bagatelizují je a k lékaři nespěchají. Není výjimkou, že se dostane do ambulance gynekologa již značně anemická dívka i po 6týdenním krvácení.

Hypotonie děložní svaloviny z hypoxie pak krvácení ještě prohlubuje.

U těžších stavů dívka kolabuje, udává bolest břicha a zvrací.

Při odběru anamnézy se vyptáme na horečnatá onemocnění, ev. hemokoagulační poruchy, vyžadujeme přesný záznam intenzity a délky krvácení. Vyšetříme krevní obraz, sedimentaci a dle potřeby zánětlivé parametry a hemokoagulaci.

Při gynekologickém palpačním vyšetření bývá často zjištěna hypoplazie nebo retrodeviace dělohy, ve stanovení správné příčiny krvácení napomůže i hormonální cytologie.

Léčba

Léčba juvenilní metroragie sestává z několika fází a vždy ji aplikuje gynekolog, nejlépe s erudiicí v dětské gynekologii.

Ve zkratce pro informaci: nejprve zastavíme krvácení podáním malé dávky estrogenu s progesteronem. Po pauze 3–5 dnů se dostaví tzv. odlučovací krvácení, při kte-

rém se děloha zbaví dysfunkční sliznice. Zástavu krvácení podporuje klid na lůžku, uterotonika, aplikace antifibrinolytik a vazopresorik. Prevencí recidiv je podávání progesteronu ve druhé polovině cyklu po dobu i několika měsíců. Často se v poslední době propaguje pro prevenci recidiv užívat antikoncepční preparáty. Tento postup je zcela nevhodný. Dívka je zatěžována dávkami estrogenů, kterých má sama dostatek.

Samozřejmostí je úprava hemogramu.

Při zjištění zánětlivé etiologie podáváme širokospektrá antibiotika spolu s metronidazolem.

Literatura

1. Hořejší J. Dětská gynekologie. Avicenum Praha 1990.
2. Hořejší J. Metrorrhagia juvenilis a její léčení. Čs gynekologie 1981; 46: 318.
3. Hořejší J. Peripubertální poruchy menstruačního krvácení. Mod Gynek Porod 1998; 7: 3.
4. Hořejší J. Dětská gynekologie. In: Citterbart K. Gynekologie. Galén Praha 2001: 76–80.

Klinický význam

Prognóza onemocnění je dobrá, ženy s juvenilní metrorragií v anamnéze nemívají častější poruchy cyklu a plodnosti.

Obecně tvrdíme, že dívka má v adolescenci nárok na nepravidelný cyklus, ale nesmíme tolerovat, aby krvácela silně, dlouho a často. Nejdůležitější formou prevence je sledování menstruačního kalendáře u dívek ihned od menarché a je věcí pediatriů, aby vedli dívky k pečlivému zaznamenávání krvácení a aby záznamy pravidelně kontrolovali. Jedině takto je možné zajistit, aby počínající nepravidelnosti byly včas odhaleny, odborně sledovány a popřípadě i léčeny.

5. Teslík L. Adnexitis u dětí a dospívajících. Mod Gynek Porod 2001; 10: 415.
6. Vetešníková-Koubová R. Vulvovaginitis v gynekologii dětí a dospívajících. Mod Gynek Porod 2001; 10: 406.