

Hymenální atrézie

Lukáš Straka

Gynekologicko-porodnické oddělení, Klatovská nemocnice, a.s.

Korespondenční adresa: MUDr. Lukáš Straka, Gynekologicko-porodnické odd., Klatovská nemocnice, a.s., Plzeňská 569, 339 38 Klatovy, tel.: +420 376 335 503, e-mail: pika@centrum.cz

Publikováno: 16. 6. 2014 Přijato: 22. 4. 2014 Akceptováno: 6. 6. 2014
Actual Gyn 2014, 6, 45-47 ISSN 1803-9588 © 2014, Aprofema s.r.o.
Článek lze stáhnout z www.actualgyn.com



Citujte tento článek jako: Straka L. Hymenální atrézie. Actual Gyn. 2014;6:45-47

HYMENAL ATRESIA

Case report

Abstract

Hymenal atresia – and its results in fact - is the rare cause of pelvic or abdominal pain in pubescent girls, which could be changed for surgical cause of ailment easily. Gynecologic examination should be a part of a diagnostic algorithm in women and young girls before every surgical intervention - we can avoid an abdominal operation in case of hymenal atresia. This case report demonstrates a surprising finding in 15 years old girl, which was primarily operated by surgeon for diagnosis „acute appendicitis“. In this particular case next to clinical findings there was an extremely high value of CA 125 marker in laboratory.

Key words: abdominal pain, hymenal atresia, hematocolpos, hematosalpinx, discision of hymen

Kazuistika

Abstrakt

Hymenální atrézie - potažmo její důsledky - je vzácnou příčinou bolestí v podbříšku u dospívajících dívek, snadno zaměnitelnou za chirurgickou etiologii obtíží. Gynekologické vyšetření dívek a žen před chirurgickou intervencí je nezbytnou součástí diagnostického algoritmu, v případě atrézie hymen tímto lze v některých případech předejít abdominálnímu operačnímu řešení obtíží. Tato kazuistika demonstruje překvapivý nález v dutině břišní u 15leté dívky s bolestmi břicha, primárně chirurgem operované pro diagnózu „akutní apendicitida“. Kromě klinického obrazu jsme v tomto případě byli svědky i poměrně nezvyklého nálezu laboratorního - extrémně vysoké hodnoty CA 125.

Klíčová slova: bolesti břicha, hymenální atrézie, hematokolpos, hematosalpinx, discize hymen

15letá dívka L. R., z devíti sourozenců, ze čtvrté fyziologické gravidity, spontánní porod záhlavím v termínu, normální poporodní adaptace, normální psychomotorický vývoj, běžné dětské nemoci, menses dosud 0, koitarche 0, gynekologicky nevyšetřována, matka 50 let – zdravá, otec 41 let - zdravý. Odeslána v odpoledních hodinách obvodním pediatrem na pohotovostní chirurgickou ambulanci pro bolesti břicha trávající od večera předešlého dne. Bolesti lokalizuje do oblasti pupku, spíše se stěhují po břiše, při vyšetření chirurgem je nedokáže přesně lokalizovat. Bolesti hlavně v klidu, nezvracela, nauseu neguje, na stolici byla naposledy předchozí den večer, tato normální.

Chirurgický nález: TT 38,3 °C, P 120/min, břicho nad nivo, podfouklé, dýchací vlny nepostupují do třísel, hůře prohmatné, se známkami peritoneálního dráždění s maximem v pravém mezibříšku a podbříšku, kde také maximální bolestivost, bolestivý poklep v pravém podbříšku a mezibříšku, peristaltika obleněná. Nabrána kompletní laboratoř statim, přijata k hospitalizaci na dětské oddělení pro akutní apendicitidu. V laboratoři KO - leukocyty $15,6 \times 10^9$, Hb 135 g/l, Htk 0,38, INR 1,4, aPTT 43,7 s., bilirubin celkový 19,6 umol/l, CRP 135 mg/l, v moči hematurie a leukocyturie. Za jednu a půl hodiny přešetřena chirurgem, indikováno operační řešení.

Operace zahájena otevřením dutiny břišní ze střídavého řezu v pravém podbříšku, po otevření vytéká větší množství čokoládové nezapáchající tekutiny, která postupně odsávána, odeslána na kultivaci. Po luxaci céka nalezen appendix, který je makroskopicky bez zánětlivých změn. Zvykle provedena apendektomie, následně revize tenkých klíčků, které bez patologického nálezu. Na omentu nález dvou tuhých rezistencí velikosti cca 3x2 cm, které odstraněny a odeslány spolu s appendixem na histologické vyšetření. Pro suspektní origo na ženských orgánech přivolán gynekolog. Dutina břišní následně otevřena z dolní střední laparotomie, vytéká větší množství čokoládového výpotku. Gynekologický nález: děloha je v AVF, přiměřené velikosti vzhledem k věku, v adhezích s oboustrannými adnextumory, tuby jsou oboustranně ztlustělé, více vpravo, v bláznitých adhezích k zadnímu listu plicia lata, ovaria oboustranně normální velikosti, zavzata také ve srůstech. Při uvolňování adhezí adnextumory oboustranně pukají, vytéká čokoládový obsah. Vlevo se vyprazdňuje serosangvinolentní obsah ze saktosalpingu, dilatace abdominálního ústí, ponechán in situ. Vpravo nález větší, tuba je jasně nefunkční, ztlustělá, abdominální ústí deformované srůsty s vytékajícím serosangvinolentním obsahem z perforačního otvoru, rozhodnuto provést pravostrannou salpingektomii. Do Douglasu zaveden trubicový drén, uzavřena dutina břišní, pravá tuba odeslána na histologické vyšetření. Patologem následně popsán appendix se změnami odpovídajícími chronické apendicitidě, částky omenta s nálezem rozsáhlých zánětlivých změn tukové tkáně s ložisky mikroabscedujícího zánětu. Tuba pak s dilatovaným lumen a s výrazně ztlustělou stěnou tloušťky až 1,5 cm, mikroskopicky se smíšeným kulatobuněčným zánětlivým infiltrátem a rozsáhlými ložisky prokrvácení. Kultivace punktátu z peritoneální dutiny negativní.

Pooperační období nekomplikované, podáván intravenózní Unasyn, pacientka afebrilní, drén z Douglasu odvedl ještě cca 150 ml čokoládového obsahu, pomalejší nástup střevní pasáže. Po výkonu doplněna laboratoř o tumor markery, kde dominuje extrémní hodnota CA 125 - 3 748 IU/ml.

Osmý pooperační den pacientka vyšetřena gynekologem s nálezem v introitu prolabujícím atretickým hymenem, za kterým promodrává suspektní hematokolpos. Následně v krátké celkové anestezii provedena široká discize hymen, z pochvy evakuováno cca 600 ml hustého čokoládového obsahu. Palpačním vyšetřením diferencována volná pochva, jeden děložní čípek a drobná, volná děloha v AVF, okolí děložní bez patologické rezistence.

Třetí den po evakuaci hematokolpos (celkově 13. den hospitalizace) je pacientka propuštěna do domácí péče. Subjektivně je zcela bez potíží, afebrilní, laparotomie zhojeny per primam, pasáž GIT volná, zánětlivé markery v normě, pokles CA 125 na 2 591 IU/ml. Pacientka přichází na kontrolu 6 měsíců po výkonu, subjektivně je bez potíží, bez bolestí, menses má pravidelné, vyšetřením diferencujeme hymen těsně pro prst a přiměřený palpační nález, pokles CA 125 k normě.

Teorie

Hymenální atrézie s hematokolpos je nejčastější formou tzv. gynatrézií – poruch průchodnosti odvodných cest pohlavních a porodních (1). Lumen vaginy zůstává od sinus urogenitalis odděleno tím, že mezi dolní konec vaginální ploténky a entoderm urogenitálního sinu vrostle z okolí vrstvička mezenchymu – tak vzniká ploténka uzavírající vchod do luminizované vaginy – hymen (jde tedy o mezenchymální přepážku pokrytou po obou stranách epitelem). Za normálního vývoje dochází v její ventrální části k proděravění a vzniká ostium vaginae, v případě hymenální atrézie k tomuto procesu nedojde (2). Poruchy průchodnosti pohlavních cest lze diagnostikovat již v novorozeneckém věku, kdy na vulvě chybí hlen z děložního hrdla, v krajním případě se může nález prezentovat jako mukokéla. Zjištění většiny těchto vývojových vad je ale spojeno s obdobím pohlavního dospívání. Po menarche se obtíže objevují nejčastěji v podobě intermitentních bolestí břicha, často cyklických. S přibývajícím věkem se obtíže zpravidla stupňují, elastická pochva je schopna pojmout i značné množství menstruační krve. Ta se dále může hromadit v děloze (hematometra) a v krajním případě i ve vejcovodech (hematosalpinx), v důsledku toho pak dochází k okluzi jejich abdominálních ústí. V takto pokročilém stadiu pak může dojít k alteraci celkového stavu, potížím s defekací a s močením. Z anamnézy zjišťujeme, že dívka dosud nemenstruovala (tento stav lze nazvat kryptomenorhea či amenorhea spuria). Při klinickém vyšetření jsou dobře vyvinuté sekundární pohlavní znaky, lze pozorovat vyklenutí podbříšku, nejnápadnějším však je napnutý a vyklenutý hymen, za kterým promodrává nahromaděná krev. Palpačním rektálním vyšetřením a za pomoci ultrazvuku lze diferencovat cystickou rezistenci kaudálně sahající až ke hrázi, kraniálně dle stavu až k pupku. Léčba hymenální atrézie spočívá v dostatečně široké discizi hymen s následnou evakuací nahromaděné krve, vhodná je následně péče o trvalou prostupnost hymenálního otvoru.

Diferenciálně diagnosticky přichází v úvahu další z gynatrézií – parciální hematokolpos při parciální aplázii distální části pochvy, kdy se menstruační krev hromadí v proximálně vytvořené části pochvy. Na rozdíl od hematokolpos nedosahuje až ke hrázi a nevyklenuje se, což lze zjistit palpačním a ultrazvukovým vyšetřením. Chirurgické řešení spočívá ve vytvoření kolpostomie. Vzácně se lze setkat

primárně s hematometrou při aplázii pochvy a hrdla děložního (1). Diferenciální diagnostika těchto základních tří kategorií může být učiněna až při tvořící se retenci. Proto i operační řešení, které plyne ze správného posouzení stavu, provádíme zásadně až při prvních známkách retence (3).

Literatura

1. Dvořák D. Dětská gynekologie. In: Roztočil A, eds. Moderní gynekologie, Grada, Praha 2011:139 – 184
2. Vacek Z. Embryologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 978-80-247-1267-3
3. Hořejší J. Vrozené vývojové vady rodidel. In: Moderní gynekologie a porodnictví [online]. 2001;10(4), dostupné z <http://www.levret.cz/texty/casopisy/mgp/obsahy/vol10c4/horejsi4.php>