

# Náhlé příhody břišní v gynekologii

**Náhlé příhody břišní** se vyznačují náhlým *vznikem z plného zdraví*. Mají rychlý průběh, ohrožují na životě a zpravidla vyžadují neodkladnou operaci. Obvykle vedou do hrozícího nebo rozvíjejícího se šoku, někdy se závažnými komplikacemi (DIC, MODS).

## Diagnostika

Náhlé příhody břišní diagnostikuje zpravidla terénní lékař. Dle anamnézy a fyzikálního nálezu je třeba rozhodnout, zda se o náhlou příhodu jedná. Pak případně zajišťuje vitální funkce a urychlený transport do lůžkového zařízení. Ústavní lékař pak provádí diferenciální diagnózu a určuje druh náhlé příhody. Odlišujeme, zda je to NPB **zánětlivá**, **ileózní** či **krvácivá**. Je třeba zjistit příčinu a rozlišit postižený orgán, rozhodneme, zda budeme léčit konzervativně či operačně.

### Vyšetření

- vitální funkce – stav vědomí, TK, tep, kvalita pulzové vlny, frekvence a typ dýchání, zbarvení kůže;
- sledujeme činnost uropoetického systému – diuréza, dysurie, strangurie, hematurie, anurie, nefralgie;
- sledujeme činnost GIT – zvracení, odchod stolice a plynů, charakter peristaltiky;
- krvácení z rodidel, teplota, charakter bolesti;
- dokud není objasněna příčina NPB nepodáváme léky, které by zastřely klinický obraz (ATB, kortikoidy, opioidy, spazmoanalgetika, antipyretika a laxativa).

### Objektivní nález

- **defense musculaire** (při dráždění peritonea): nemusí být výrazné u starých, těhotných a šestinedělek, u podvyživených; paradoxně se může vyskytnout při poranění orgánů břišních či hrudních, u pneumonie, při AIM;
- **Blumberg, Rovsing a Lanz**: u pelvické a retrocekální apendicitidy mohou být negativní;
- **Lennanderův příznak**: rozdíl teploty v axile a v rektu o víc jak 1 °C.

Z *diferenciálně diagnostického hlediska* dělíme příhody na NPB gynekologického původu, gynekologická zevní krvácení a stavy bezvědomí.

## Náhlé příhody břišní gynekologického původu

Náhlé příhody břišní v gynekologii jsou často spojeny s krvácením a vyžadují operaci. Pokud jsou zánětlivé, tak jsou obvykle v pánvi dobře ohraničeny a u starších lze volit i konzervativní léčbu. U náhlých příhod břišních dominuje bolest – může být difúzní, lokalizovaná, kolikovitá, viscerální i somatická.

### K nejčastějším náhlým příhodám břišním v těhotenství patří

- Ektopická gravidita;
- torze adnex;
- apendicitida.

### Podle lokalizace bolesti rozlišujeme algický syndrom pravého a levého podbříšku

#### 1. Algický syndrom pravého podbříšku:

- příčiny chirurgické: apendicitida, gastroenteritida, zánět či litiáza nízko uloženého žlučníku, perforace duodenálního vředu, lymfadenitis mesenterialis, morbus Crohn, zánět Meckelova divertiklu, karcinoid apendixu, torze omenta;
- příčiny gynekologické: graviditas extrauterina, torze adnex, adnexitida, akutní pelveoperitonitida, tuboovariální absces, ruptura folikulární či korpusluteinní cysty, ovulační krize;
- příčiny urologické: renální kolika, ren migrans, hydronefróza;
- příčiny interní: pneumonie, pleuritida.

#### 2. Algický syndrom levého podbříšku:

Algický syndrom levého podbříšku je méně častý, obvykle je gynekologického či urologického původu.

## Graviditas extrauterina

- Nejčastější náhlá příhoda v gynekologii;
- přesnější termín je ektopická gravidita (protože se sem počítají i těhotenství cervikální a istmická a ty jsou intrauterinně);
- ektopicky se blastocysta uchytne u 0,5 % gravidit, v poslední době výskyt narůstá;
- lokalizace – nejčastěji je ve vejcovodu (95–97 %);
- rýhující se vajíčko má schopnost nidace (od 6. dne), nejvhodnějším místem je endometrium, ale uchytí se kdekoli ve vnitřím genitálu nebo na serózních blanách;
- výjimečně se stane, že se začne vyvíjet v cervixu uteri, tato gravidita mívá nejzávažnější průběh (dochází tam k opakovanému, špatně léčitelnému krvácení, často je třeba provést život zachraňující hysterektomii).

### Příčiny

- Záněty – způsobují semiobstrukce tuby (těchto polouzávěrů je více patrně díky ATB terapii);
- pravděpodobnost zvyšuje nitroděložní antikoncepce, patrně ale i hormonální;
- endometrióza vejcovodu.

### Vývoj nidovaného vejce

- Trofoblast napadá okolní tkáň, může probíhat různě;
- embryo může krátce po nidaci odumřít – je to pak považováno za opožděnou menstruaci;
- pokud je vejce větší a klky choria poruší cévy vejcovodu, nastane krvácení do obalu vejce, to se odlučuje, vzniká **tubární mola**;
- často se stane, že kontrakce vejcovodu vypudí vejce do dutiny břišní – **abortus tubarius**;

- pokud trofoblast nahodí celou stěnu může nastat **ruptura vejcovodu**, která má bouřlivý průběh, hrozí krvácení, protože krev se prakticky nesráží (fibrinogen se vysráží při kontaktu s peritoneem);
- vzácně je vajíčko vypuzeno do břišní dutiny a vzniká **abdominální gravidita**, kdy plod bývá uložen v Douglasově prostoru, vzácně ji lze donosit (to nás ale neopravňuje postupovat konzervativně – zjištěná abdominální gravidita je vždy indikací k laparotomii);
- organismus ženy prochází podobnými změnami jako při normálním těhotenství – děloha je zvětšená, endometrium deciduálně změněné, prsní žláza reaguje zduřením.

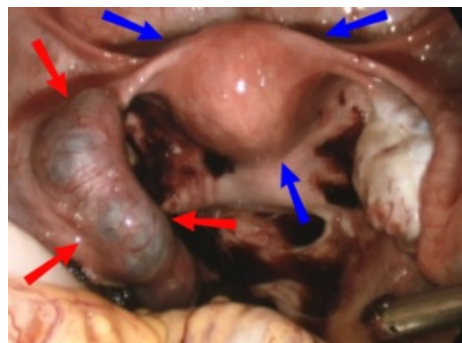


Mimoděložní těhotenství ve vejcovodu

## Diagnostika ektopické gravidity

Diagnóza je obtížná zvláště u nenarušené gravidity bez hemoperitonea.

1. Anamnéza:
  - pátráme po gynekologických infekcích, po nitroděložní antikoncepci, předchozí ektopické graviditě.
2. Klinický obraz:
  - dominuje porucha cyklu, bolest, nepravidelné krvácení, nález adnexálního tumoru;
  - nepřímé známky gravidity – ranní zvracení...
  - lividita rodidel, mírné zvětšení dělohy, přetrvávající vzestup bazální teploty;
  - při hemoperitoneu je snížený a bolestivý Douglasův prostor;
  - tubání abort se projeví kolikovitými bolestmi (jak se snaží tuba vypudit vejce);
  - ruptura tuby – náhlá bolest v podbřišku, peritoneální dráždění, kolapsový stav, hemoperitoneum, kardiopulmonální dekompenzace, šokový stav;
  - Oehleckerův příznak – bolest vystřelující pod lopatku (dráždění freniku při poloze vleže);
  - Herzfeldův příznak – nucení na močení a na stolicí;
  - Solovjevův příznak – při retrouterinní mole. tlakem a třením krevních sraženin vzniká v zadní klenbě poševní při pohmatu zvuk podobný chrupotu tajícího sněhu.
3. Puncce Douglasova prostoru:
  - zjistíme hemoperitoneum – tmavá, nesrážlivá krev;
  - dnes se tolik neprovádí, nahrazuje ji USG.
4. Stanovení hCG:
  - hlavně při intaktní graviditě, vajíčko se ektopicky vyvíjí špatně, proto jsou hladiny nižší než by odpovídalo délce amenorey.
5. „Doubling time“:
  - prodloužen.
6. USG:
  - vysoká sliznice v děloze, můžeme vidět adnexální tumor, extrauterinní srdeční akci embrya, tekutinu v Douglasově prostoru; doppler tepen – zvýšený průtok je podezřelý.
7. Hysterosaplingografie – dnes již ztratila na významu.



Mimoděložní těhotenství a hematosalpinx - červené šipky, děloha - modré šipky



Lidské embryo (7. týden těhotenství)

## Diferenciální diagnóza

- Další stavy spojené s krvácením – ruptura folikulární či korpusluteální ovariální cysty;
- apendicitida, adnexitida, rezidua po spontánním potratu;
- duplicitní gravidita (současně je extrauterinní a i intrauterinní).

## Terapie

Při terapeutické rozvaze se řídíme se věkem, paritou, lokálním a celkovým nálezem a požadavkem ženy na zachování generační funkce.

1. Konzervativní metody: exprese plod. vejce/discize vejcovodu (parciální resekce tuby se neprovádí, neboť zvyšuje riziko dalších GEU, navíc je velká pravděpodobnost pooperačně vzniklé neprůchodnosti vejcovodu).
2. Radikální terapie: salpingektomie;
  - většinou operujeme laparoskopicky (obvykle provádíme laparoskopii diagnostickou a terapii hned navážeme);
  - laparotomie – u těžkých stavů s velkou ztrátou krve.
3. Medikamentózní terapie: lze celkově i lokálně, kdy pod USG kontrolou vpravíme do plodového vejce látky způsobující jeho odumrtí (prostaglandiny, cytostatika). Tento postup je vhodný jen pro velmi časná těhotenství.

## Torze adnex

[ [upravit vložený článek](https://www.wikiskripta.eu/index.php?title=Torze_adnex&action=edit) ] ([https://www.wikiskripta.eu/index.php?title=Torze\\_adnex&action=edit](https://www.wikiskripta.eu/index.php?title=Torze_adnex&action=edit))

Torze adnex je po ektopické graviditě druhá nejčastější NPB v gynekologii. Dochází k torzi pohyblivého ovariálního tumoru nebo stopkatého myomu (ale může dojít i k torzi zdravého vejcovodu).

## Klinický obraz

Probíhá prudce nebo pozvolna (záleží k jak velkému zaškrčení dochází). Pokud dojde k částečné rotaci, utlačí se žíly, tepenný přítok zůstane zachován – dochází k městnání v cystě, k otoku či ke krvácení. Pokud dojde i k zaškrčení tepen, rozvíjí se nekróza a zánětlivá reakce peritonea. Při několikanásobné torzi – prudké bolesti, často s rozvojem šoku.

## Objektivní nález

- Nausea, zvracení, zástava odchodu plynů a stolice, bolesti trvalého charakteru;

- tep zrychlený, nitkovitý, kůže chladná, pokrytá potem.

## Diagnóza

Na možnou torzi nás upozorní anamnéza a fyzikální vyšetření – břicho je vzdušné, difúzně bolestivé (maximum v podbřišku), defense musculaire. Palpačně per vaginam – extrémně bolestivá rezistence vedle dělohy. Definitivní diagnózu určí USG a laparoskopie. Nález na břiše je ale častěji indikací k akutní laparotomii.

## Terapie

Rozsah operace se řídí vitalitou adnex po obnově prokrvení. V příznivých případech provedeme po derotaci jen cystektomii nebo parciální resekci ovaria. V nepříznivém stavu s nekrózou je řešením adnexektomie.

## Appendicitida v těhotenství

[  upravit vložený článek ] ([https://www.wikiskripta.eu/index.php?title=Appendicitida\\_v\\_t%C4%B9hotenstv%C3%AD&action=edit](https://www.wikiskripta.eu/index.php?title=Appendicitida_v_t%C4%B9hotenstv%C3%AD&action=edit))

**Appendicitida** se v těhotenství vyskytuje vzácně, nejčastěji kolem 3. měsíce gravidity. Ohrožuje na životě matku i plod. Appendix je v těhotenství vlivem hormonů překrvený a prosáklý, snadněji podléhá gangréně. Vysunutí céka a jeho izolace dělohou nedovolí ohraničení zánětu, ten snadno přechází na dělohu a vede k jejím kontrakcím.

## Diagnostika

Diagnostika je obtížná, protože děloha překáží vyšetření, posouvá červ z normální polohy. Od 4. měsíce se posouvá bod bolestivosti vzhůru (v 8.-9. měsíci leží pod obloukem žeber). Některé příznaky appendicitidy navíc patří v těhotenství k normálním – nauzea, zvracení, poruchy peristaltiky, tachykardie. Chybí také další důležitý příznak peritoneálního dráždění – defense musculaire, jelikož děloha brání kontaktu s peritoneem.

- **Aldersův test** – těhotnou převracíme na levý bok za stálého tlaku na bolestivé místo, pokud bolest ustane, je děložního původu a nesvědčí pro appendicitidu.
- **Sitkovského příznak** – naopak, při převrácení na pravý bok se objeví bolesti v ileocekální krajině, to svědčí pro appendicitidu.

## Odkazy

### Použitá literatura

- ČECH, Evžen, Zdeněk HÁJEK a Karel MARŠÁL, et al. *Porodnictví*. 2. vydání. Praha : Grada, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1303-9.
- BRECKWOLDT, Meinert. *Gynekologie a porodnictví*. 1. vydání. Martin : Osveta, 1997. 648 s. ISBN 80-88824-56-7.
- BENEŠ, Jiří. *Otázky pro státní zkoušku z Gynekologie a porodnictví* [online]. ©2008. [cit. 2011]. <[http://jirben2.chytrak.cz/materialy/gynda\\_JB.doc](http://jirben2.chytrak.cz/materialy/gynda_JB.doc)>.
- MÁRA, Michal. *Náhlé příhody břišní v gynekologii, kazuistiky* [přednáška k předmětu Předstátnicová stáž z gynekologie a porodnictví, obor Gynekologie a porodnictví, 1. LF UK]. Praha. -. Dostupné také z <<https://el.lf1.cuni.cz/gpmara2a>>.
- Gynekologie a porodnictví (Martius 2005).

Citováno z „[https://www.wikiskripta.eu/index.php?title=Náhlé\\_příhody\\_břišní\\_v\\_gynekologii&oldid=440725](https://www.wikiskripta.eu/index.php?title=Náhlé_příhody_břišní_v_gynekologii&oldid=440725)“