

Ginekologia

Diagnostyka różnicowa i terapia

T. Fehm W. Janni E. Stickeler C. B. Tempfer (red.)

Redakcja wydania polskiego
Krzysztof Czajkowski



Tanja Fehm, Wolfgang Janni, Elmar Stickeler,
Clemens B. Tempfer (red.)

Ginekologia Diagnostyka różnicowa i terapia

Decyduj mądrze – lecz dobrze

Wydanie 1

Współpraca

Prof. Dr. med. Ute-Susann Albert, Frankfurt; Dr. med. Susanne Albrecht, Ulm; Dr. med. Emanuel Bauer, Ulm; Priv.-Doz. Dr. Dr. med. Gerd Bauerschmitz, Göttingen; Dr. med. Kristin Baumann, Lübeck; Dr. Bettina Blau-Schneider, Wiesbaden; Prof. Dr. med. Sara Y. Brucker, Tübingen; Juliane Carow, Aachen; Dr. med. Christoph Cirkel, Lübeck; Dr. med. Amelie de Gregorio, Ulm; Dr. med. Cédric R.D. Demtröder, Münster; Prof. Dr. med. Dominik Denschlag, Bad Homburg; Prof. Dr. med. Michael Eichbaum, Wiesbaden; Prof. Dr. med. Tanja Fehm, Düsseldorf; Dr. med. Barbara Flege, Aachen; Prof. Dr. med. Markus Fleisch, Wuppertal; Cordula Franz, Aachen; Prof. Dr. med. Boris Gabriel, Wiesbaden; Prof. Dr. med. Bernd Gerber, Rostock; Prof. Dr. med. Monika Hampl, Düsseldorf; Priv.-Doz. Dr. med. Lars C. Hanker, Lübeck; Prof. Dr. med. Andreas Hartkopf, Tübingen; Prof. Dr. med. Günther Häusler, Wien; Dr. Martina Helbig, Düsseldorf; Dr. med. Melanie Henes, Tübingen; Dr. med. Jürgen Hoffmann, Düsseldorf; Dr. med. Séverine Iborra, Aachen; Dr. med. Julia Jückstock, München; Prof. Dr. med. Ingolf Juhasz-Böss, Homburg; Priv.-Doz. Dr. med. Brigitta Karbowski, Düsseldorf; Dr. Katharina Kelling, Frankfurt; Dr. med. Katja Krauß, Aachen; Dr. med. Vera Kreuzer, Düsseldorf; Dr. med. Dipl.-Psych. Franca Martignoni, Düsseldorf; Prof. Dr. med. Werner Mendling, Wuppertal; Dr. med. Anne Christine Mondal, Düsseldorf; Prof. Dr. med. Ioannis Mylonas, München; Dr. med. Tanja Neunhöffer, Mainz; Dr. Gregor Olmes, Nürnberg; Dr. med. Katharina Prieske, Hamburg; Dr. med. Telja Pursche, Düren; Priv.-Doz. Dr. med. Katharina Rall, Tübingen; Violetta Rapi, Dinslaken; Prof. Dr. med. Achim Rody, Lübeck; Fabienne Schochter, Ulm; Prof. Dr. med. Christoph Scholz, Ulm; Carla Emilia Schulmeyer, Erlangen; Prof. Dr. med. Florian Schütz, Heidelberg; Dr. Eva Schwenke, Erlangen; Prof. Dr. Erich Solomayer, Homburg; Prof. Dr. med. Eric Steiner, Rüsselsheim; Priv.-Doz. Dr. med. habil. Johannes Stubert, Rostock; Dr. med. Svetlana Tchaikovski, Aachen; -Prof. Dr. Clemens B. Tempfer, Herne; Priv.-Doz. Dr. med. Marc Thill, Frankfurt; Dr. med. Elisabeth Katharina Trapp, Graz; Dr. med. Anne Kathrin Volkmer, Düsseldorf; Franziska Weller, Aachen; Dr. Dr. Peter Widschwendtner, Ulm; Dr. med. Julia Wittenborn, Aachen; Priv.-Doz. Dr. med. Linn Wölber, Hamburg; Dr. med. Felix Zeppernick, Gießen; Dr. med. Magdalena Zeppernick, Gießen; Prof. Dr. med. Jürgen Zieren, Herne

Redakcja wydania polskiego
Krzysztof Czajkowski

Tytuł oryginału: **Gynäkologie. Differenzialdiagnostik und Differenzialtherapie**
Autorzy: **Tanja Fehm, Wolfgang Janni, Elmar Stickeler, Clemens B. Tempfer (red.)**

ELSEVIER GmbH, Urban & Fischer Verlag
Hackerbrücke 6, 80335 München, Deutschland

Alle Rechte vorbehalten

1. Auflage 2020

© Elsevier GmbH, München, Deutschland

Der Urban & Fischer Verlag ist ein Imprint der Elsevier GmbH.

ISBN 978-3-437-22141-5

This 1st edition of **Gynäkologie. Differenzialdiagnostik und Differenzialtherapie** by **Tanja Fehm, Wolfgang Janni, Elmar Stickeler, Clemens B. Tempfer (Hrsg.)** is published by arrangement with Elsevier GmbH, Urban & Fischer, München, Deutschland.

Książka **Gynäkologie. Differenzialdiagnostik und Differenzialtherapie, wyd 1**, autorzy: **Tanja Fehm, Wolfgang Janni, Elmar Stickeler, Clemens B. Tempfer (red.)** została opublikowana zgodnie z umową z Elsevier GmbH, Urban & Fischer, München, Deutschland.

Tłumaczenie niniejszej publikacji zostało podjęte przez wydawnictwo **EDRA URBAN & PARTNER** na jego własną odpowiedzialność. Lekarze kliniczni oraz prowadzący badania naukowe, oceniając oraz wykorzystując jakiegokolwiek opisane tu informacje, metody, związki chemiczne czy eksperymenty, muszą zawsze opierać się na swoim osobistym doświadczeniu i wiedzy. Ze względu na szybko dokonujący się postęp w dziedzinie nauk medycznych należy głównie zwrócić uwagę na niezależną weryfikację rozpoznania oraz dawkowania leków. W najpełniejszym zakresie dozwolonym przepisami prawa Elsevier, autorzy, redaktorzy ani inne osoby, które przyczyniły się do powstania niniejszej publikacji, nie ponoszą żadnej odpowiedzialności w odniesieniu do jej tłumaczenia ani za jakiegokolwiek obrażenia czy zniszczenia dotyczące osób czy mienia związane z wykorzystaniem produktów, zaniedbaniem lub innym niedopatrzaniem, ani też wynikające z zastosowania lub działania jakichkolwiek metod, produktów, instrukcji czy koncepcji zawartych w przedstawionym tu materiale.

Wszelkie prawa zastrzeżone, szczególnie prawo do przedruku i tłumaczenia na inne języki. Żadna z części tej książki nie może być reprodukowana lub przenoszona w jakiegokolwiek formie na wszelkie nośniki elektroniczne, mechaniczne lub inne, włączając kserokopiowanie, nagrywanie lub inne systemy składowania i odzyskiwania informacji bez uprzedniej pisemnej zgody Wydawnictwa.

© Copyright for the Polish edition by Edra Urban & Partner, Wrocław 2021

Redakcja naukowa wydania polskiego: **prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski**

Tłumaczenie z języka niemieckiego: **lek. med. Barbara Wencka**

Prezes Zarządu: Giorgio Albonetti
Redaktor naczelny: lek. med. Edyta Błażejewska
Redaktor tekstu: AD VERBUM Iwona Kresak
Redaktor prowadzący: Irena Zaucha-Nowotarska
Opracowanie skorowidza: Aleksandra Ozga

ISBN 978-83- 66548-76-3
Edra Urban & Partner
ul. Kościuszki 29, 50-011 Wrocław
tel.: + 48 71 726 38 35
biuro@edraurban.pl
www.edraurban.pl

Łamanie i przygotowanie do druku: Andrzej Kuriata

Przedmowa do wydania polskiego

W codziennej pracy lekarz położnik-ginekolog zmagają się z problemami zgłaszanymi przez pacjentki pojawiające się w poradni lub na oddziale szpitalnym. W części przypadków są to choroby przebiegające z typowymi objawami, wymagające w miarę standardowego postępowania. Wiedza na temat podstawowych zasad diagnostyki i leczenia jest niezbędna każdemu lekarzowi. Wiadomości z obszernych podręczników akademickich, skupiających się na niuansach związanych z patofizjologią choroby i objawami w praktyce klinicznej miewają ograniczoną przydatność. Lekarz w obliczu konkretnego chorego powinien sprawnie postawić diagnozę, zaproponować badania niezbędne dla potwierdzenia rozpoznania i prowadzenia terapii.

Podręcznik, który Państwo trzymacie w ręku, jest swoistą mapą drogą obejmującą praktyczne postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne w ginekologii. Podręcznik jest podzielony na część diagnostyczną i terapeutyczną. W każdej z nich zawarto szczegółowe schematy stawiania rozpo-

znania i co ważne propozycje postępowania w zależności od specyfiki danej choroby. Takie rozwiązanie pozwala na łatwe przyswojenie wiedzy i przyspiesza możliwość podjęcia decyzji terapeutycznej. Autorzy podręcznika pracują w Niemczech i stąd podawane dane liczbowe odnoszą się do danych niemieckich, a główne odniesienia zawierają zalecenia Niemieckiego Towarzystwa Ginekologów i Położników. Dzięki zaangażowaniu tłumacza w podręczniku zamieszczono dodatkowo dane obejmujące populację Polski.

W mojej ocenie podręcznik będzie szczególnie przydatny dla młodych lekarzy przygotowujących się do specjalizacji. Może też stanowić doskonałe kompendium dla wszystkich ginekologów, szczególnie w przypadku rzadkich chorób.

Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski

Kolorowa legenda do algorytmów

Diagnoza

Niebieski =
objawy

Żółty =
wywiad
(pytania, wyjaśnienia,
badanie fizykalne)

Biały =
decyzje, pytania,
opcje, tak/nie

Czerwony =
rozpoznanie różnicowe

1

Odsyłacz w obrębie części
(liczba w kółku)
Tekst ↔ algorytm

Terapia

Czerwony =
rozpoznanie/choroba

Żółty =
wywiad
(pytania, wyjaśnienia,
badanie fizykalne)

Pomarańczowy =
badania
(obrazowe i laboratoryjne)

Biały =
decyzje, pytania,
opcje, tak/nie

Niebieski =
leczenie/alternatywy

Różowy =
powikłania

1

Odsyłacz w obrębie części
(liczba w kółku)
Tekst ↔ algorytm

Spis treści

I	Od objawu do rozpoznania	1	16	Zmiany skóry sutka	34
				Erich Solomayer	
1	Niepłodność	4	17	Zmiany wypryskowe sutka	36
	Clemens Tempfer			Susanne Albrecht	
2	Pierwotny brak miesiączki	6	18	Mastodynia	38
	Clemens Tempfer			Kristin Baumann, Achim Rody, Telja Pursche	
3	Wtórny brak miesiączki	8	19	Hematuria (krwiomocz)	40
	Clemens Tempfer			Michael Eichbaum, Tanja Neunhöffer	
4	Zwiększone owłosienie/hirsutyzm	10	20	Dyzuria	42
	Clemens Tempfer			Michael Eichbaum, Tanja Neunhöffer	
5	Przedwczesne dojrzewanie płciowe	12	21	Parcia nagłace	44
	Clemens Tempfer			Boris Gabriel, Bettina Blau-Schneider	
6	Opóźnione dojrzewanie płciowe	14	22	Nietrzymanie moczu	46
	Clemens Tempfer			Boris Gabriel, Bettina Blau-Schneider	
7	Dolegliwości menopauzalne	16	23	Zatrzymanie moczu	48
	Clemens Tempfer			Günther Häusler	
8	Poronienia nawracające	18	24	Uczucie ciała obcego/obniżenia narządu rodnego	50
	Clemens Tempfer			Boris Gabriel, Bettina Blau-Schneider	
9	Wypadanie włosów	20	25	Nietrzymanie kału	52
	Clemens Tempfer			Cédric R.D. Demtröder, Jürgen Zieren	
10	Palpacyjne zmiany sutka	22	26	Dyschezja	54
	Florian Schütz			Günther Häusler	
11	Wydzielina z sutka	24	27	Bóle okolicy lędźwiowej	56
	Johannes Stubert			Günther Häusler	
12	Zmiana kształtu i wielkości piersi	26	28	Świąd sromu	58
	Bernd Gerber			Linn Wölber, Katharina Prieske	
13	Położowe zapalenie sutka	28	29	Zmiany skóry sromu	60
	Ute-Susann Albert			Katharina Prieske, Linn Wölber	
14	Pozapołożowe zapalenie sutka	30	30	Guzy sromu	62
	Marc Thill, Katharina Kelling			Anne Christine Mondal	
15	Obrzęk dołu pachowego	32			
	Amelie de Gregorio				

31	Obrzęk warg sromowych 64	48	Guz powłok brzusznych 100
	Vera Kreuzer		Felix Zeppernick
32	Zmiany kształtu warg sromowych 66	49	Dysmenorrhea 102
	Katharina Rall		Emanuel Bauer
33	Wulwodynia 68	50	Nieprawidłowe krwawienia maciczne 104
	Julia Wittenborn		Christoph Scholz
34	Upławy 70	51	Krwawienie pomenopauzalne 106
	Melanie Henes		Markus Fleisch
35	Dyspareunia 72	52	Widoczne w USG nieprawidłowości jamy macicy ... 108
	Martina Helbig		Eva Schwenke
36	Świąd pochwy 74	53	Nieprawidłowości endometrium w USG 110
	Martina Helbig		Eva Schwenke
37	Zmiany guzowate szyjki macicy i pochwy 76	54	Guzy macicy 112
	Gregor Olmes		Eric Steiner
38	Aplazja pochwy 78	55	Objawy B 114
	Jürgen Hoffmann		Julia Jückstock
39	Przetoka odbytniczo-pochwowa/ /pęcherzowo-pochwowa 80	56	Diagnostyka ginekologiczna w obręczkach kończyn dolnych 116
	Ingolf Juhasz-Böss		Andreas Hartkopf
40	Suchość pochwy 82	57	Diagnostyka ginekologiczna w obręczkach kończyn górnych 118
	Brigitta Karbowski		Elizabeth K. Trapp
41	Nieprawidłowy rozmaz cytologiczny 84	II	Od diagnozy do terapii 121
	Carla E. Schulmeyer		
42	Ostry brzuch 86	58	Zaburzenia cyklu 124
	Svetlana Tchaikovski		Clemens Tempfer
43	Przewlekłe bóle podbrzusza 88	59	Zespół hiperstymulacji jajników 126
	Magdalena M. Zeppernick		Clemens Tempfer
44	Guz miednicy małej 90	60	Poronienia nawracające 128
	Barbara Flege		Clemens Tempfer
45	Wodobrzusze 94	61	Przedwczesne wygasanie czynności jajników 130
	Christoph Cirkel, Lars Hanker, Achim Rody		Clemens Tempfer
46	Obrzęk pachwiny 96	62	Dolegliwości menopauzalne 132
	Svetlana Tchaikovski		Clemens Tempfer
47	Przyrost obwodu brzucha 98	63	Zmiany wypryskowe sutka 134
	Cordula Franz		Susanne Albrecht

64	Zmiany kształtu i wielkości piersi	136	74.7	Mięczak zakaźny	170
	Bernd Gerber			Ioannis Mylonas	
65	Ginekomastia	138	74.8	<i>Mycoplasma genitalium</i>	172
	Barbara Flege			Ioannis Mylonas	
66	Zapalenie i ropień piersi	140	74.9	Świerzb	174
	Cordula Franz			Ioannis Mylonas	
67	Łagodne guzy piersi	142	74.10	Kiła	176
	Barbara Flege			Ioannis Mylonas	
68	Przednowotworowe zmiany piersi	144	74.11	Rzęsistek pochwy	178
	Juliane Carow			Ioannis Mylonas	
69	Rak piersi	146	74.12	Wrzód miękki	180
	Katja Krauß, Franziska Weller			Ioannis Mylonas	
70	Choroba Pageta sutka	148	75	Opryszczka genitalna	182
	Barbara Flege			Melanie Henes	
71	Nietrzymanie moczu	150	76	Liszaj twardzinowy	184
	Violetta Rapi			Katharina Rall	
72	Obniżenie narządu rodne	152	77	Zmiany kształtu warg sromowych	186
	Violetta Rapi			Katharina Rall	
73	Zakażenia dróg moczowych	154	78	Wulwodynia	188
	Violetta Rapi			Franca Martignoni	
74	Choroby przenoszone drogą płciową	156	79	Torbiel/ropień gruczołu Bartholina	190
	Ioannis Mylonas			Fabienne Schochter	
74.1	<i>Chlamydia trachomatis</i>	158	80	Śród nabłonkowa neoplazja sromu	192
	Ioannis Mylonas			Katharina Prieske, Linn Wölber	
74.2	Kłykciny kończyste	160	81	Rak sromu	194
	Julia Wittenborn			Monika Hampf	
74.3	Wszawica łonowa	162	82	Zapalenie pochwy	196
	Ioannis Mylonas			Werner Mendling	
74.4	Rzeżączka	164	83	Śród nabłonkowa neoplazja pochwy	198
	Ioannis Mylonas			Linn Wölber, Katharina Prieske	
74.5	Ziarniniak pachwinowy	166	84	Rak pochwy	200
	Ioannis Mylonas			Anne Kathrin Volkmer	
74.6	Ziarnica weneryczna pachwin	168	85	Śród nabłonkowa neoplazja szyjki macicy	202
	Ioannis Mylonas			Carla E. Schultze	

86	Rak szyjki macicy 204 Tanja Fehm, Gregor Olmes	97	Rak błony śluzowej macicy 226 Gerd Bauerschmitz
87	Zapalenie miednicy mniejszej (PID) 206 Séverine Iborra	98	Guzy trofoblastu 228 Clemens Tempfer
88	Ropień jajnikowo-jajowodowy 208 Séverine Iborra	99	Nietrzymanie kału 230 Cédric R.D. Demtröder, Jürgen Zieren
89	Torbiele jajnika/wodniaki jajowodu 210 Svetlana Tchaikovski	100	Dyspareunia 232 Martina Helbig
90	Rak jajnika 212 Svetlana Tchaikovski	101	Wady pochwy 234 Katharina Rall, Sara Y. Brucker
91	Endometrioza 214 Peter Widschwendter	102	Ciąża ektopowa 236 Cordula Franz
92	Rozrost endometrium 216 Eva Schwenke	103	Guz powłok brzusznych 238 Felix Zeppernick
93	Wady macicy 218 Eva Schwenke	104	Obrzęk kończyn dolnych 240 Andreas Hartkopf
94	Zespół Ashermana 220 Clemens Tempfer	105	Obrzęki kończyn górnych 242 Elisabeth Katharina Trapp
95	Mięśniaki macicy 222 Emanuel Bauer		Dodatek 245
96	Mięsaki macicy 224 Dominik Denschlag		Piśmiennictwo 247
			Skorowidz 255

Od objawu do rozpoznania

1. Niepłodność	4
2. Pierwotny brak miesiączki	6
3. Wtórny brak miesiączki	8
4. Zwiększone owłosienie/hirsutyzm	10
5. Przedwczesne dojrzewanie płciowe	12
6. Opóźnione dojrzewanie płciowe	14
7. Dolegliwości menopauzalne	16
8. Poronienia nawracające	18
9. Wypadanie włosów	20
10. Palpacyjne zmiany sutka	22
11. Wydzielina z sutka	24
12. Zmiana kształtu i wielkości piersi	26
13. Połogowe zapalenie sutka	28
14. Pozapłogowe zapalenie sutka	30
15. Obrzęk dołu pachowego	32
16. Zmiany skóry sutka	34
17. Zmiany wypryskowe sutka	36
18. Mastodynia	38
19. Hematuria (krwiomocz)	40
20. Dyzuria	42
21. Parcia naglące	44

22.	Nietrzymanie moczu	46
23.	Zatrzymanie moczu	48
24.	Uczucie ciała obcego/obniżenia narządu rodnego	50
25.	Nietrzymanie kału	52
26.	Dyschezja	54
27.	Bóle okolicy lędźwiowej	56
28.	Świąd sromu	58
29.	Zmiany skóry sromu	60
30.	Guzy sromu	62
31.	Obrzęk warg sromowych	64
32.	Zmiany kształtu warg sromowych	66
33.	Wulwodynia	68
34.	Upławy	70
35.	Dyspareunia	72
36.	Świąd pochwy	74
37.	Zmiany guzowate szyjki macicy i pochwy	76
38.	Aplazja pochwy	78
39.	Przetoka odbytniczo-pochwowa/pęcherzowo-pochwowa	80
40.	Suchość pochwy	82
41.	Nieprawidłowy rozmaz cytologiczny	84
42.	Ostry brzuch	86
43.	Przewlekłe bóle podbrzusza	88
44.	Guz miednicy małej	90
45.	Wodobrzusze	94
46.	Obrzęk pachwiny	96

1

Clemens Tempfer Niepłodność

Definicja

Niepłodność to brak ciąży mimo regularnych stosunków płciowych bez zabezpieczenia w ciągu 12 miesięcy. Bezpłodność to brak możliwości zajścia w ciążę. Terminy niepłodność i bezpłodność są często stosowane

zamiennie. O niepłodności pierwotnej mówi się wówczas, gdy kobieta nigdy nie była w ciąży, natomiast o niepłodności wtórnej, gdy kobieta już wcześniej była w ciąży.

Epidemiologia

W Niemczech problem niepłodności dotyczy ponad 1,5 miliona par. [W Polsce również ok. 1,5 mln par – przyp. tłum.] Przyczyna w 40% przypadków leży po stronie kobiety, w ok. 20% przypadków po stronie mężczyzny, a w około 25% dotyczy obu partnerów. U ok. 15% niepłodnych par nie stwierdza się żadnej uchwytnej przyczyny (niepłodność idiopatyczna). Najczęstszą przyczyną u kobiet są wtórne zaburzenia endokrynologiczne, jak hiperprolaktynemia, zaburzenia funkcji tarczycy, hiperandrogenizm pochodzenia nadnerczowego lub pierwotne zaburzenia jajnikowe, hipogonadyzm hipo-/hipergonadotropowy lub hiperandrogenemia pochodzenia jajnikowego. Oprócz zaburzeń endokrynologicznych, inne przyczyny niepłodności to nieprawidłowości jajowodów, macicy lub endometrioza.

U mężczyzn główną przyczyną niepłodności jest zła jakość nasienia. Oprócz tego stwierdza się hipogonadyzm hipogonadotropowy lub endokrynopatie wtórne, jak hiperprolaktynemia, zaburzenia funkcji tarczycy oraz defekty enzymów nadnerczowych z hiperandrogenią pochodzenia nadnerczowego.

Wywiad/objawy kliniczne

Wywiad ❶ ma kluczowe znaczenie. Dokładny wywiad dotyczący pacjenta oraz wywiad rodzinny, łącznie z przebiegiem okresu dojrzewania i informacjami dotyczącymi poprzednich ciąż i poronień, a także wywiad dotyczący cyklu miesięcznego (*menarche*, bolesne miesiączkowanie, dyspareunia, kalendarzyk cyklu, zaburzenia cyklu) mogą stanowić ważną wskazówkę odnośnie do możliwych przyczyn niepłodności.

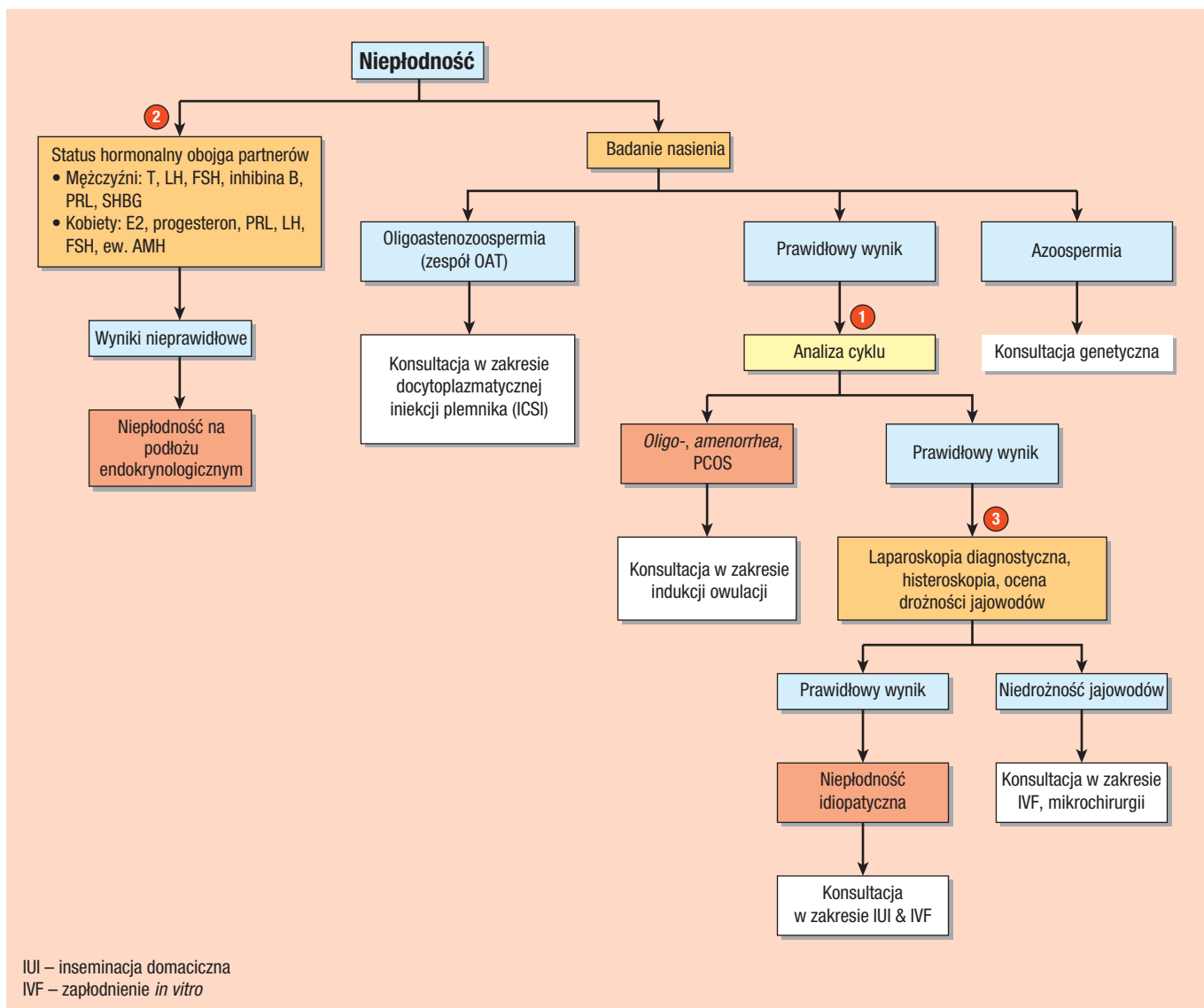
Badania

W diagnostyce i diagnostyce różnicowej niepłodności należy uwzględnić następujące etapy:

- Badanie fizykalne: badanie ginekologiczne, ultrasonografia, drożność jajowodów w histerosalpingografii lub w laparoskopii.
- Wykluczenie czynnika szyjkowego (np. po rozległej konizacji).
- Status hormonalny (mężczyźni: testosteron, LH, FSH, inhibina B, prolaktyna, SHBG; kobiety: estradiol, progesteron, prolaktyna, LH, FSH, ew. AMH) ❷.
- Badanie nasienia (wg WHO).
- Histeroskopia i laparoscopia diagnostyczna (❸ kobiety) i biopsja jądra (mężczyzna).
- Konsultacja genetyczna (np. azoospermia u mężczyzny).
- Diagnostyka infekcji (WZW B i C oraz HIV) u obojga partnerów.
- Oznaczenie grupy krwi, przeciwciała przeciwko różyczce oraz wymaz z szyjki macicy w kierunku *Chlamydia*.

Rozpoznanie różnicowe

Przyczyny niepłodności
Niepłodność idiopatyczna
Nieprawidłowości jajowodów
Nieprawidłowości plemników, choroby jąder, zespół OAT
Nieprawidłowości macicy
Zaburzenia hormonalne
Czynniki genetyczne (np. azoospermia)
Zakażenia narządów płciowych



2

Clemens Tempfer

Pierwotny brak miesiączki

Definicja

Pierwotny brak miesiączki to brak pojawienia się miesiączki do 16 roku życia, przy równoczesnej obecności wszystkich innych cech dojrzewania płciowego. Prowadzi do niepłodności i bezpłodności. W przypadku

współistnienia hipogonadyzmu i braku narządów płciowych dochodzi do upośledzenia rozwoju psychoseksualnego.

Epidemiologia

Przyczyną braku miesiączki może być w 1:4500 przypadków zespół Mayera-Rokitansky'ego-Küstera-Hausera (MRKH), a w 1:40 000 przypadków wtórna niewydolność jajników (np. w zespole Kallmanna).

Wywiad/objawy kliniczne

Wskazane jest wykonanie badania fizykalnego, ultrasonograficznej oceny wewnętrznych narządów płciowych oraz oznaczenie stężenia hormonów. Dokładny wywiad dotyczący pacjenta oraz wywiad rodzinny, łącznie z przebiegiem okresu dojrzewania i rozwojem ogólnym, a także wywiad dotyczący cyklu miesięcznego mogą stanowić ważną wskazówkę odnośnie do możliwych przyczyn. ❶

Badania

Oglądanie zewnętrznych narządów płciowych: ❷ dostarcza informacji na temat stopnia estrogenizacji, hiperandrogenemii i możliwych anomalii anatomicznych, jak zarośnięcie błony dziewiczej lub nieprawidłowa budowa pochwy w zespole MRKH.

Oznaczenie stężenia hormonów: ❸ wskazane, gdy do 14. roku życia nie pojawiają się widoczne cechy pokwitania, jeśli przez 2,5 roku od *te-larche* nie pojawia się miesiączka, przy braku wad narządów płciowych i/lub gdy istnieją typowe objawy hiperandrogenemii (hirsutyzm, trądzik, łysienie) czy hipoestrogenizmu. Na podstawie analizy profilu hormonalnego (E2, FSH, LH) można różnicować hipogonadyzm hipo- i hipergonadotropowy oraz zaburzenia regulacji osi podwzgórze-przysadka-jajniki (oś HPO). W przypadku obecnej otyłości należy dodatkowo ocenić gospodarkę tłuszczową.

Diagnostyka różnicowa

Trzy najczęstsze przyczyny to nieprawidłowości przewodów Müllera (47%), dysgenезja gonad (21%) oraz hipogonadyzm hipogonadotropowy (15%). Inne przyczyny są zdecydowanie rzadsze, jak np. gruczolak przysadki, gruźlica narządów płciowych, zespół Turnera (45X0), zespół Swyera (46XY) czy zespół niewrażliwości na androgeny (46XY).

Hipogonadyzm hipogonadotropowy rozwija się najczęściej na podłożu przewlekłych chorób wieku dziecięcego i młodzieńczego, jak zaburzenia odżywiania, mukowiscydoza, przewlekłe zapalenia jelit, młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów lub niedoczynność tarczycy. Hipogonadyzm hipogonadotropowy może być również pourazowy lub jatrogeny, np. po chemio- i/lub radioterapii, urazach czaszkowo-mózgowych lub operacjach neurochirurgicznych z powodu guzów ośrodkowego układu nerwowego.

Hipogonadyzm hipergonadotropowy spowodowany jest niewydolnością jajników. Ta ostatnia może być skutkiem dysgenезji gonad (laparoscopia, badania obrazowe), stanem po radio- lub chemioterapii czy choroby autoimmunologicznej.

Jeśli **dojrzewanie płciowe przebiega w sposób prawidłowy**, to często przyczyną pierwotnego braku miesiączki są wrodzone wady wewnętrznych narządów płciowych, ale mogą występować również zaburzenia osi HPG (podwzgórze-przysadka-gonady).

Hipogonadotropowy pierwotny brak miesiączki (stężenie LH i FSH jest niskie):

- Izolowany niedobór GnRH z anosmią lub bez anosmii (zespół Kallmanna)
- Wrodzone wady ośrodkowego układu nerwowego
- Guzy (prolaktynoma, czaskogardlak i inne)
- Hiperprolaktynemia bez obecności guza
- Uraz czaszki/szypuły przysadki
- Zespół Pradera-Williego

Wrodzony hipogonadotropowy pierwotny brak miesiączki, jądłowstręt psychiczny (niskie stężenie FSH); postacie odwracalne:

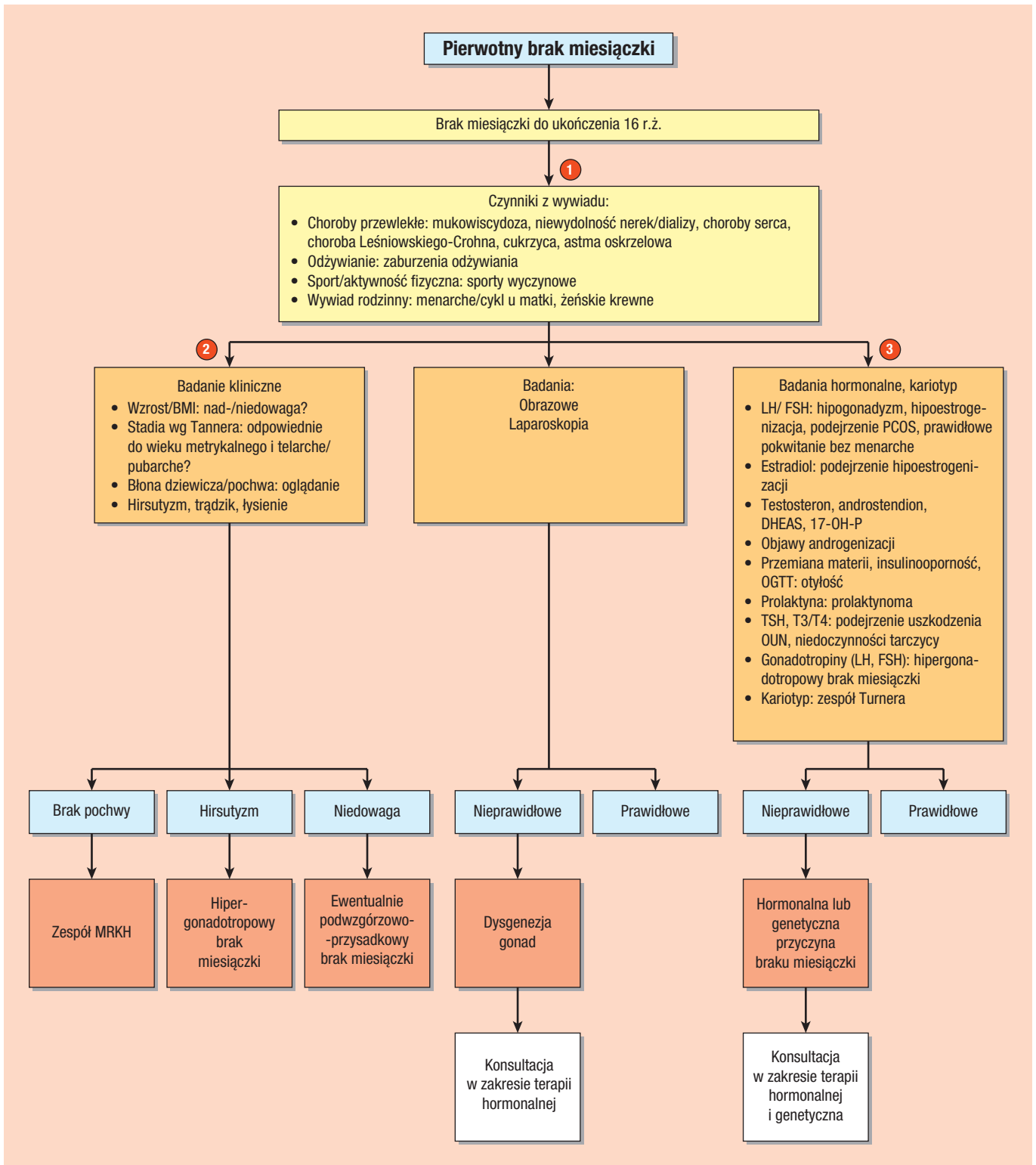
- Konstytucyjne opóźnienie wzrastania i dojrzewania
- Spadek masy ciała, niedowaga
- Sporty wyczynowe
- Niedoczynność tarczycy

Hipergonadotropowy pierwotny brak miesiączki (wysokie stężenie LH i FSH):

- Dysgenезja gonad w przebiegu zaburzenia rozwoju płci (DSD) z karyotypem 46-XX lub 46-XY
- Agenezja gonad
- Przedwczesne wygasanie czynności jajników (autoimmunologiczne, po chemioterapii lub radioterapii)

Pierwotny brak miesiączki z zachowaną czynnością gonad (stężenie FSH w normie):

- Wady anatomiczne macicy, szyjki macicy i pochwy (zespół Mayera-Rokitansky'ego-Küstera-Hausera)
- Zaburzenia dodatkowego sprzężenia zwrotnego (np. zespół policystycznych jajników)
- Wrodzony przerost nadnerczy
- Pierwotny brak miesiączki w DSD z karyotypem 46-XY i brakiem macicy
- Zaburzenia syntezy androgenów
- Zespół niewrażliwości na androgeny



3

Clemens Tempfer

Wtórny brak miesiączki

Definicja

Wtórny brak miesiączki to brak krwawień miesięcznych przez > 6 miesięcy, o ile w przeszłości występowały prawidłowe cykle menstruacyjne (Lord i Sahni, 2017). Najczęstsze przyczyny wtórnego braku miesiączki,

bez znaczenia patologicznego, to ciąża, karmienie piersią lub wkroczenie w okres menopauzalny. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) rozróżnia 7 grup wtórnego braku miesiączki (zob. niżej).

Epidemiologia

Okolo 2–5% kobiet w czasie swojego okresu reprodukcyjnego doświadcza wtórnego braku miesiączki, który nie jest spowodowany ciążą, karmieniem piersią czy początkiem menopauzy.

Wywiad/objawy kliniczne

Należy zebrać dokładny wywiad ¹ dotyczący pierwszej miesiączki, ostatniego prawidłowego krwawienia miesięcznego, liczby i długości poprzednich cykli menstruacyjnych, czasu trwania poprzednich miesiączek oraz przyjmowanych leków, zmian masy ciała i nawyków żywieniowych (anoreksja, diety). Należy również zapytać o uprawianie sportów wyczynowych, choroby psychiczne oraz obecność stresorów psychicznych. W wywiadzie trzeba uwzględnić możliwe jatrogenne przyczyny braku miesiączki (chemioterapia, radioterapia miednicy małej, kilkakrotne aborcje). Inną kolejną możliwą przyczyną jest krwotok okołoporodowy powikłany wstrząsem z następnym zespołem Sheehana.

Badania ²

Po wykluczeniu ciąży, za pomocą **testu ciążowego**, należy wykonać **badania hormonalne**, łącznie z E2, FSH (celem wykluczenia przedwczesnej lub fizjologicznej menopauzy), LH, (E2, FSH), testosteron całkowity (celem wykluczenia PCOS), TSH, (FSH, LH), ACTH (celem wykluczenia zespołu Sheehana). W przypadku podwyższonego stężenia testosteronu całkowitego należy oznaczyć rano wolny testosteron w osoczu w 4–10 dniu cyklu (wykluczenie idiopatycznej hiperandrogenemii na skutek nieprawidłowego obwodowego metabolizmu testosteronu za pomocą stosunku testosteron/SHBG). Poranne oznaczenie DHEAS i 17 α -hydroksyprogesteronu (wy-

kluczenie wrodzonego przerostu nadnerczy lub gruczolaka nadnerczy). Przy podwyższonym stężeniu prolaktyny należy wykonać badanie MRI przysadki (wykluczenie gruczolaka przysadki), T3, T4, TSH (wykluczenie dysfunkcji tarczycy). Ponadto w **USG przezpochwowym** należy ocenić jajniki (wykluczenie policystycznych jajników w PCOS), grubość endometrium. W diagnostyce trzeba również uwzględnić próbę gestagenową (indukcja krwawienia z endometrium po doustnym podaniu gestagenów) oraz **histeroskopię** (wykluczenie zespołu Ashermana i zwężenia szyjki macicy).

Grupa I	Hipogonadotropowa normoprolaktynowa niewydolność jajników = niewydolność podwzgórzowo-przysadkowa, np. sporty wyczynowe, anoreksja, utrata masy ciała, dieta
Grupa II	Normogonadotropowa normoprolaktynowa niewydolność jajników = dysfunkcja podwzgórzowo-przysadkowa, np. zespół policystycznych jajników
Grupa III	Hipergonadotropowa niewydolność jajników, np. niewydolność jajników po chemioterapii, menopauza
Grupa IV	Wtórny brak miesiączki na podłożu anatomicznym = wrodzone lub nabyte wady dróg rodnych, endometrium, macicy lub pochwy, np. zespół Ashermana
Grupa V	Hiperprolaktynowa niewydolność jajników spowodowana guzem, np. prolaktynoma
Grupa VI	Hiperprolaktynowa niewydolność jajników bez guza, np. hiperprolaktynemia indukowana lekami
Grupa VII	Normoprolaktynowa dysfunkcja podwzgórzowo-przysadkowa, guz przysadki

Diagnostyka różnicowa

Przyczyny wtórnego braku miesiączki

Możliwe przyczyny	Częstość występowania	Dalsza diagnostyka
Ciąża	+++	Jakościowy i/lub ilościowy test ciążowy, okres braku miesiączki, USG przezpochwowe
Zespół policystycznych jajników (PCOS)	++	Wywiad dotyczący miesiączek, USG przezpochwowe, monitorowanie owulacji za pomocą testu LH z moczu, oznaczenie stężenia androgenów w surowicy (kryteria Rotterdamskie, kryteria NIH)
Przedwczesna lub fizjologiczna menopauza	+	E2, FSH, wywiad rodzinny (rodzinne występowanie przedwczesnej menopauzy?)
Zespół Sheehana	+	TSH, ACTH, FSH, LH
Zespół Ashermana	+	Histeroskopia, biopsja endometrium
Nieklasyczny wrodzony przerost nadnerczy	+	Stężenie elektrolitów w surowicy, gazometria krwi (równowaga kwasowo-zasadowa), stężenie 17-hydroksyprogesteronu w surowicy, test z Synactenem
Idiopatyczna hiperandrogenemia (nieprawidłowy obwodowy metabolizm testosteronu)	+	Testosteron, 5 α -dihydrotestosteron (androstanolon), SHBG
Hiperprolaktynemia/prolaktynoma	++	Prolaktyna, ewentualnie makroprolaktyna, MRI przysadki
Zaburzenia funkcji tarczycy	++	T ₃ , T ₄ , TSH

Wtórny brak miesiączki

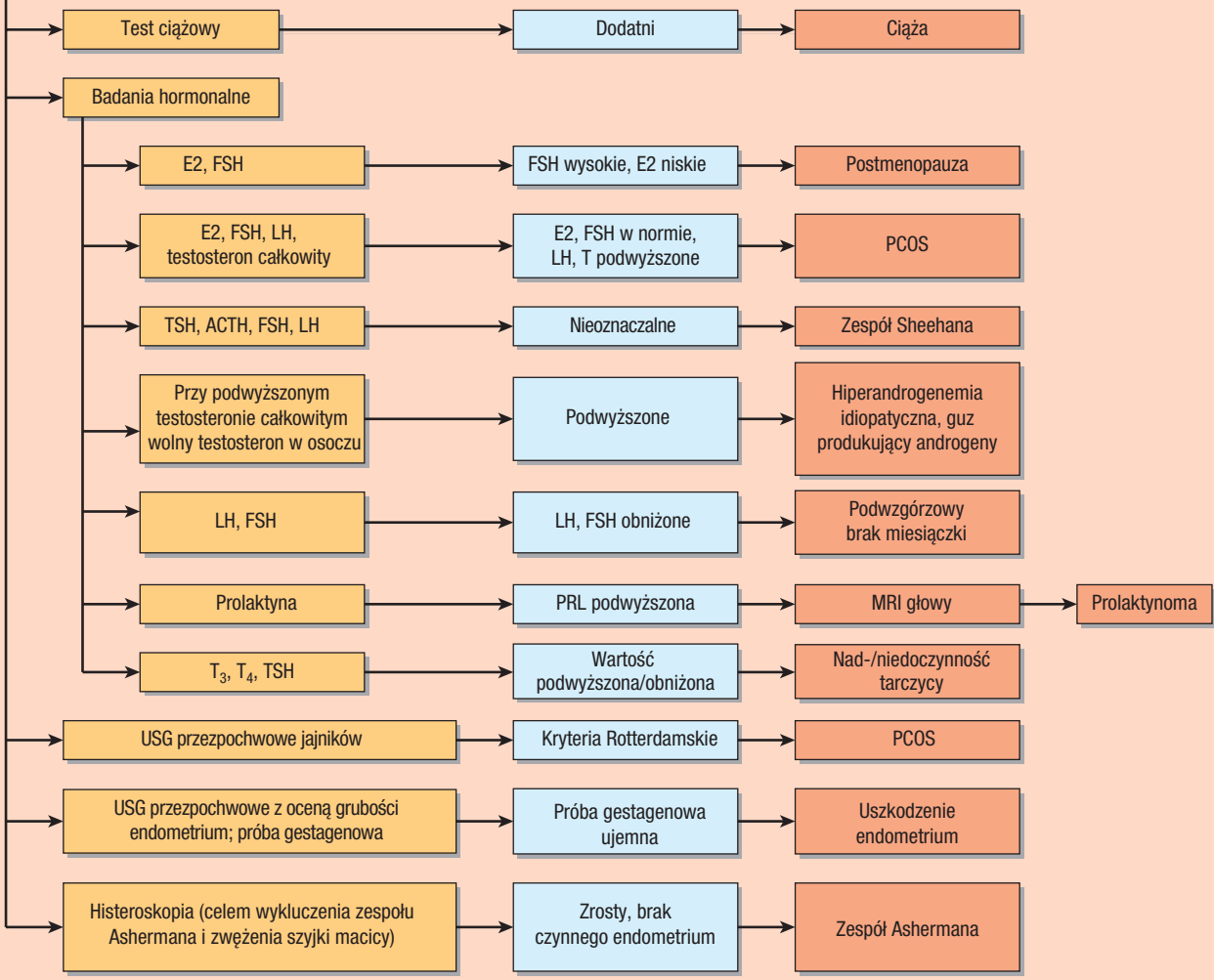
Wywiad

1

- Czynniki z wywiadu:
- Menarche, ostatnia prawidłowa miesiączka
 - Liczba i czas trwania poprzednich miesiączek oraz długość cyklu
 - Przyjmowanie leków
 - Zmiany masy ciała i nawyki żywieniowe (m.in. dieta, anoreksja)
 - Sporty wyczynowe
 - Choroby psychiczne i/lub szczególne stresory psychiczne
 - Jatrogeny brak miesiączki (chemioterapia, radioterapia miednicy mniejszej, powtarzane aborcje)
 - Duża okołoporodowa utrata krwi, wstrząs hipowolemiczny

2

Badania



4

Clemens Tempfer

Zwiększone owłosienie/hirsutyzm

Definicja

Hirsutyzm to nadmierne owłosienie ciała typu męskiego występujące u kobiet (Rosenfield, 2005). Dokładną definicję hirsutyzmu oraz dokładną diagnostykę utrudnia silna komponenta subiektywna oceny wyglądu zewnętrznego oraz duża zmienność międzyosobnicza i rasowa w zakresie

nasilenia owłosienia kobiecego ciała. W wielu przypadkach (ok. 50%), ale nie we wszystkich, u kobiet z hirsutyzmem stwierdza się biochemicznie hiperandrogenemię.

Epidemiologia

Okolo 5% kobiet w wieku reprodukcyjnym wykazuje w badaniach nasilone owłosienie ciała o typie męskim, które w skali Ferrimana-Gallweya (Hatch i in., 1981; zob. niżej) oceniane jest na ≥ 8 punktów (Rosenfield, 2005). Dokładna epidemiologia nasilonego owłosienia jest trudna do ustalenia, gdyż indywidualna ocena wyglądu ciała jest silnie uwarunkowana czynnikami subiektywnymi i kulturowymi.

Wywiad/objawy kliniczne

Należy zebrać dokładny wywiad **1** uwzględniający czas trwania i początek pojawienia się objawów, przyjmowane leki, długość cyklu miesiączkowego, niepłodność. Konieczne jest przeprowadzenie badania fizykalnego celem oceny nasilenia owłosienia wg skali Ferrimana-Gallweya. Klinicznie hirsutyzm objawia się zwiększonym owłosieniem w następujących regionach: górna warga, podbródek, środkowa część klatki piersiowej, zewnętrzna strona ramion, wewnętrzna strona ud, środkowa część pleców, dolna część brzucha (od pępka do wżgórka łonowego), brzuch (linia środkowa) oraz okolica kości krzyżowej.

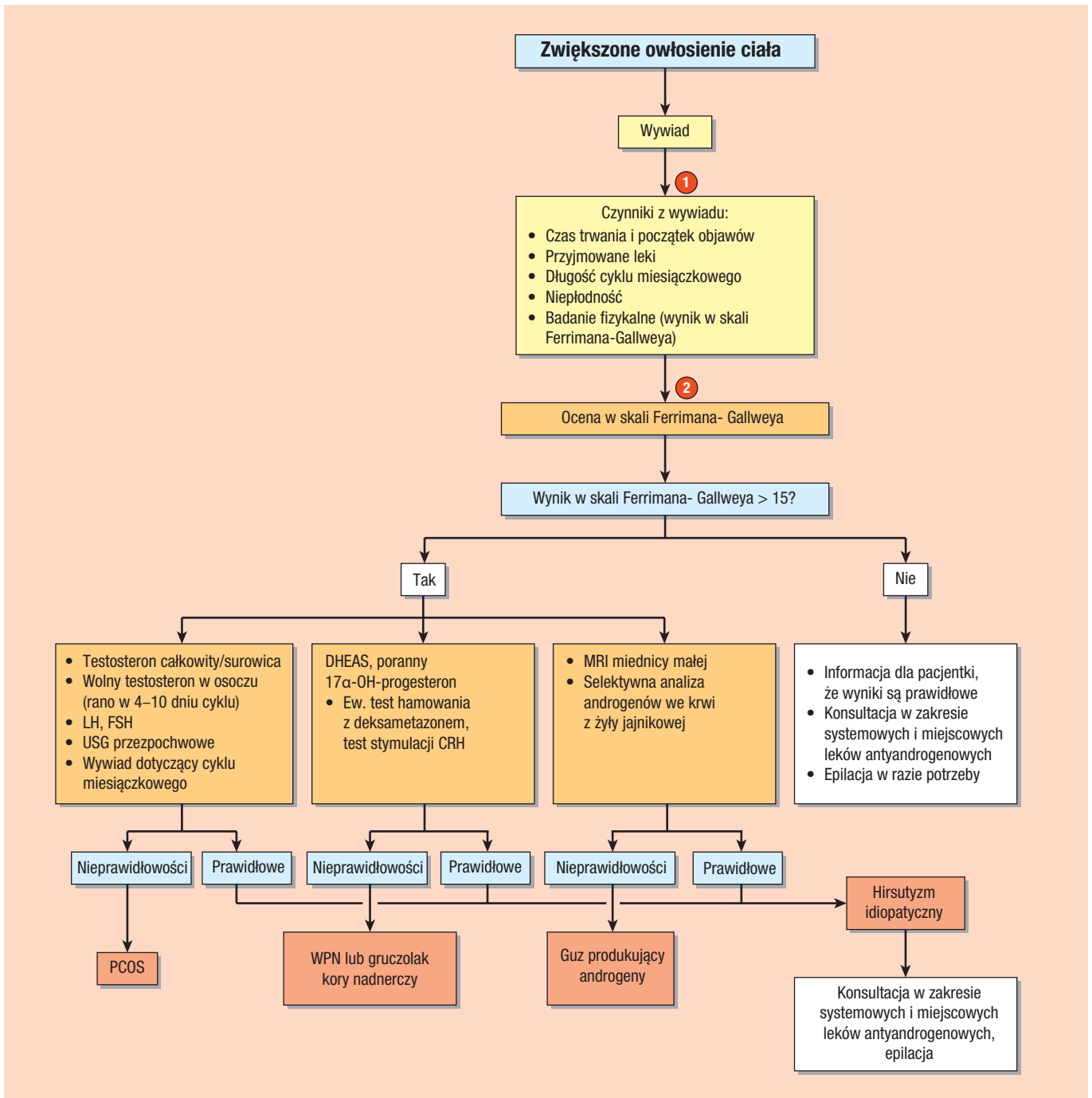
Badania

W diagnostyce i diagnostyce różnicowej hirsutyzmu należy uwzględnić:

- **Skalę Ferrimana-Gallweya:** **2** wymienione powyżej 9 regionów ciała należy dokładnie obejrzeć i przypisać im punkty 1–4. Suma wszystkich punktów to wskaźnik Ferrimana-Gallweya: wynik 8–15 = lekki hirsutyzm; wynik > 15 umiarkowany hirsutyzm; wynik > 25 = nasilony hirsutyzm
- Stężenie testosteronu całkowitego w surowicy
- Stężenie wolnego testosteronu w osoczu (oznaczenie w godzinach rannych w 4–10 dniu cyklu)
- LH, FSH, USG przezpochwowe, wywiad dotyczący miesiączek (celem wykluczenia PCOS)
- DHEAS, 17 α -hydroksyprogesteron rano lub stosunek testosteron/SHBG (celem wykluczenia wrodzonego przerostu nadnerczy lub gruczolaka nadnerczy)
- Ew. test hamowania z deksametazonem, test stymulacji CRH
- Ew. MRI miednicy mniejszej, selektywne oznaczenie androgenów we krwi z żyły jajnikowej (celem wykluczenia guza produkującego androgeny)

Diagnostyka różnicowa

Przyczyny hirsutyzmu		
Możliwe przyczyny	Częstość występowania	Badania ukierunkowujące
Hipertrychoza	+++	Wywiad dotyczący leków (glikokortykoidy, fenytoina, minoksydyl, cyklosporyna); ocena schematu owłosienia ciała (niemęski typ owłosienia)
Zespół policystycznych jajników (PCOS)	++	Wywiad dotyczący cyklu miesiączkowego, ultrasonografia przezpochwowa; monitorowanie owulacji za pomocą testu LH z moczu, oznaczenie stężenia androgenów w surowicy (kryteria Rotterdamskie, kryteria NIH)
Nieklasyczny wrodzony przerost nadnerczy (WPN)	+	Stężenie elektrolitów w surowicy, gazometria krwi (równowaga kwasowo-zasadowa), stężenie 17-hydroksyprogesteronu w surowicy, test z Synactenem
Guzy produkujące androgeny	+	Testosteron, 5 α -dihydrotestosteron (androstanolon), SHBG, USG przezpochwowe, MRI jajników; selektywne, inwazyjne (pod kontrolą RTG) oznaczanie stężenia androgenów w żyły jajnikowej
Zespół Cushinga	+	Test hamowania z deksametazonem, wydzielanie kortyzolu z moczem, test stymulacji CRH, wywiad dotyczący leków (leki zawierające kortyzol), MRI (przysadka, nadnercza celem wykluczenia guza/ gruczolaka)
Przyjmowanie leków o działaniu androgennym	+	Wywiad dotyczący leków (androgeny, gestageny, inhibitory owulacji o częściowym działaniu androgennym)
Hiperandrogenemia idiopatyczna (nieprawidłowy obwodowy metabolizm testosteronu)	+	Testosteron, 5 α -dihydrotestosteron (androstanolon), SHBG



Ginekologia

Diagnostyka różnicowa i terapia

Wiedza na temat podstawowych zasad diagnostyki i leczenia jest niezbędna każdemu lekarzowi. Wiadomości z obszernych podręczników akademickich, skupiających się na niuansach związanych z patofizjologią choroby i objawami w praktyce klinicznej mają ograniczoną przydatność. Lekarz w obliczu konkretnego chorego powinien sprawnie postawić diagnozę, zaproponować badania niezbędne dla potwierdzenia rozpoznania i prowadzenia terapii.

Niniejszy podręcznik jest swoistą mapą drogową obejmującą praktyczne postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne w ginekologii. Jest on podzielony na część diagnostyczną i terapeutyczną. W każdej z nich zawarto szczegółowe schematy ustalania rozpoznania i co ważne propozycje postępowania w zależności od specyfiki danej choroby. Takie rozwiązanie pozwala na łatwe przyswojenie wiedzy i przyspiesza możliwość podjęcia decyzji terapeutycznej.

Z Przedmowy do wydania polskiego

Tytuł oryginału:

**Gynäkologie,
Differenzialdiagnostik
und Differenzialtherapie.**

Publikację wydano na podstawie
umowy z Elsevier.



ELSEVIER

ISBN 978-83-66548-76-3



9 788366 548763

www.edraurban.pl