

16 Poranění ženských rodidel, traumagynekologie

Jiří Kepák

(In: Aleš Roztočil a kolektiv: Moderní gynekologie

Grada Publishing,a.s. Praha 2011, s.247-255. ISBN 978-80-247-2832-2)

16.11 Pohlavní styk a poranění ženského genitálu

Pánevní orgány jsou pro pohlavní styk vhodně přizpůsobeny a **nenásilná koitální poranění** jsou považována za neobvyklá. Do konce 19.století se zcela pochybovalo o tom, že by při oboustranně souhlasném pohlavním styku mohlo dojít k poranění. Tato premisa byla vyvrácena v roce 1895 Neugebauerem, který ukázal, že pouhá (samotná) imise penisu při styku může za určitých okolností způsobit lézi všech partií vulvy i vaginy, včetně poševní klenby.

Většina prací popisující a diskutující etiologické faktory koitálních traumat se omezuje na poranění hráze a pochvy. Udávané predisponující faktory jsou:

- těhotenství – se zvýšenou křehkostí tkání a fixací genitálu v souvislosti s graviditou
- prudký – důrazný – energický styk, který může u partnerky zvýšit intraabdominální tlak, zvýšit tenzi v Douglasově prostoru a zmenšit elasticitu zadní klenby při hluboké penetraci
- koitální pozice, při kterých dochází k neobvykle hluboké imisi penisu, jako je poloha zezadu s hyperflexí stehen a v poloze v sedě
- vaginismus, kdy může být poranění zapříčiněno zúžením a zkrácením poševního kanálu
- genitální disproporce, zvláště u prepubertálních dívek a mladých žen při prvním koitu
- postmenopauzální atrofie, vyvolávající zvýšenou křehkost, zranitelnost a zúžení pochvy
- předchozí operace na genitálu nebo následky po poranění
- děložní retroverze
- znásilnění

Poranění distální pochvy jsou častější u mladých žen jako důsledek znásilnění nebo prvního styku, zatímco **trhliny zadní klenby** jsou častější u žen, které již vícekrát rodily. Obojí poranění může mít velmi závažný charakter a může způsobit perforace, následné krvácení a dokonce i smrt.

Hemoperitoneum jako důsledek poranění při koitu bez současného poranění pochvy patří mezi méně známá úskalí sexu. Koitální poranění vnitřních orgánů, zvláště ovarií, však není tak vzácné, jak se obecně soudí.

Poranění vnitřního ženského genitálu je častější na pravé straně v důsledku dextrorotace dělohy a zvýšené roztažitelnosti pochvy na této straně. Lze si představit, že kombinace pánevních adhezí a hluboké energické imise penisu může popsaná poranění způsobit. Podezření na postkoitální poranění je třeba ale mít i tehdy, když vaginální a pánevní vyšetření zjevnou lézi nezjistí. Zatímco incidence postkoitálního krvácení z ruptury oblého vazy nebo pánevních adhezí mohou být ve skutečnosti raritní, je pravděpodobné, že incidence

postkoitálních traumat vedoucích k hemoperitoneu, sdružených s rupturou korpusluteální cysty, s ektopickou graviditou nebo jinými lézemi ovaria, bývá podhodnocena.

Ruptura ovaria může způsobit nebezpečné vnitřní krvácení, které si vyžádá neodkladnou operační intervenci. Na sexuální etiologii se většinou nemyslí. Není porucha menstruačního cyklu, nebývá krvácení z pochvy ani z dělohy. Důvodem k hospitalizaci bývá rostoucí hemoperitoneum a generalizace bolesti břicha.

Popsaný mechanismus ruptury ovaria post coitum je častější, než se všeobecně předpokládá, a většina tzv. prasklých cyst (operovaných obvykle na chirurgických odděleních) není nic jiného než nepoznané koitální trauma.

Pacientky bývají přijaty pro zhoršující se bolesti, známky peritoneálního dráždění a anemizaci. Je třeba zdůraznit, že většinou jde o souhlasný styk se stálým partnerem, obvykle tři týdny po začátku menses.

Zatímco dříve byla z diagnostických rozpaků často prováděna explorativní laparotomie, dnes je vhodné preferovat laparoskopické řešení – podmínkou je ovšem kvalitně odebraná anamnéza, včetně termínu posledních menses a okolností posledního pohlavního styku.

Ruptura ovaria post coitum jako akutní příhoda břišní

Ruptury ovaria post coitum jsou častější, než se předpokládá, ale jde o všeobecně podceňovaný problém. Většinou se na ně nemyslí, anamnéza při příjmu bývá neúplná, postrádá sexuální informaci. Příjmová diagnóza je často zavádějící. Operační výkon na vnitřním genitálu pak bývá často **neadekvátně razantní** (resekce ovaria, adnexotomie).

Průběh příhody bývá téměř stereotypní: prudká bolest intra coitum vede ihned k přerušení styku, úlek partnerů, potom snaha vyčkávat. Ta je různě dlouhá podle stavu zraněné ženy. Když žena zvrací a kolabuje (nejčastěji na WC), vyhledá pomoc v krátké době. Když se bolesti zmírní, interval vyčkávání se prodlouží i na několik hodin a až narůstající hemoperitoneum a generalizace bolestí v břiše přivedou pacientku do nemocnice.

Ruptura ovaria může způsobit nebezpečný, život ohrožující stav. Vznik hemoperitonea je rychlý, včasnost přijetí a operačního řešení závisí (mimo jiné) i na rozhodnutí pacientky (sexuálního páru) vyhledat pomoc. Hrozí riziko nešetrného nebo devastujícího zákroku na vnitřním genitálu, ten pak představuje iatrogenní zásah do genetického a hormonálního vybavení pacientky.

Typické okolnosti: Není porucha menstruačního cyklu. Nebývá krvácení z pochvy ani z dělohy. Maximum rizika ruptury ovaria post coitum bývá kolem 21.dne cyklu (vrchol sekreční fáze). Typický mechanismus vzniku ruptury je komprese ovaria interpolovaného při pohlavním styku mezi klenbu poševní a vyhloubení kosti křížové.

Symptomatologie: Hlavním příznakem je náhlý vznik bolesti při pohlavním styku (souvislost s určitou polohou, hloubkou imise). Poté rozvoj příznaků hemoperitonea, anemie, kolapsových stavů až hemoragického šoku.

Fyziologie ovaria: 1.polovina cyklu: rostoucí Graafův folikul – tenkostěnný, kolem 14.dne praskne = ovulace, asymptomatická, obvykle nekrváčí. Rovněž malé tenkostěnné folikulární cysty po prasknutí obvykle nekrvácejí a kromě tranzitorní bolesti proběhne ruptura subjektivně bez příznaků. 2.polovina cyklu: žluté tělísko (corpus luteum) – jeho narůstající vaskularizace s maximem kolem 21.dne - největší riziko ruptury a následného hemoperitonea. V incipientní graviditě je pak větší riziko ruptury tzv. corpus luteum graviditatis.

Diagnostika: Spočívá především v cílené anamnéze. Je třeba zjistit první den poslední menstruace a určit přesně den menstruačního cyklu. Dále je nutné se cíleně ptát na poslední pohlavní styk – čas a okolnosti, náhlý vznik bolesti. Poté je pacientka odeslána na sonografii – včetně vaginální. Gynekologické konzilium by mělo proběhnout co nejdříve. Je třeba vyloučit případnou incipientní graviditu, zejména mimoděložní (tubární, ovariální). Souvislost akutního břicha s koitem bývá většinou konstatována až ex post - cíleným dotazem gynekologa (zřídka kdy chirurga) !

Cave: řada tzv. corpus luteum haemorrhagicum ruptum (operovaných obvykle na chirurgických odděleních) není nic jiného než nepoznaná (nekonstatovaná) postkoitální ruptura anatomicky i funkčně intaktního ovaria, obvykle tři týdny po začátku poslední menstruace. Téměř vždy jde o prasklé pravé ovarium (v důsledku fyziologické tendence k dextropozici dělohy). Děloha v retroverzi (retroflexi) riziko ruptury zvyšuje. Hemoperitoneum bývá 200 – 3000 ml, k operační revizi se přistupuje za 4 až 20 hodin po styku.

Řešení: Laparoskopická diagnostika i léčba dnes dominuje, nutným předpokladem je však kvalitně odebraná anamnéza, dostupnost laparoskopické techniky a erudovaný laparoskopický tým (dosažitelný kdykoliv během 24 hodin). Laparoskopii je vhodné neodkládat – jde o prevenci zbytečných krevních ztrát a anemizace.

Obvyklý operační nález: Při revizi dutiny břišní je vizualizované prasklé ovarium obvykle jen mírně zvětšené, perforační otvor bývá malý, 1 až 2 cm, blízko hilu, v záplavě krve často jen těžko postřehnutelný. Krvácení je venózní, ale bez tendence k zástavě.

Šetrnost operačního zákroku: Je nutno respektovat hormonální a reprodukční funkci ovaria a minimalizovat zásah do integrity ovaria (například jen cílenou hemokoagulací). Tam, kde je to možné, se doporučuje volit k zástavě krvácení raději suturu ovaria, a u mladých žen tak zachovat maximum germinativní tkáně – folikulů a u žen středního věku do budoucna zdroj estrogení produkce.

Lze shrnout, že při nejasném hemoperitoneu u ženy v reprodukčním věku je třeba vždy myslet i na možnou rupturu post coitum v oblasti vnitřního genitálu. V anamnéze musíme vždy výslovně uvést přesný údaj o začátku poslední menstruace a pátrat po čase a okolnostech posledního pohlavního styku (diskrétně, ale jednoznačně a cíleně). Doporučuje se preferovat rychlou laparoskopickou intervenci jako šetrný, orgán zachovávající miniinvazivní výkon. Peroperační nález i operační výkon je třeba kvalitně dokumentovat (video, DVD). Operovat je nutno šetrně, a zabránit tak ztrátám folikulární rezervy a následnému předčasnému ovariálnímu selhání. V neposlední řadě je třeba vždy uvádět přesné operační diagnózy, a zabránit tak vykonstruovaným, anamnézu ženy zatěžujícím a stresujícím údajům.

Shrnutí: Úrazy a poranění zevního genitálu a pochvy i vnitřních rodidel mohou mít dalekosáhlé důsledky anatomické, funkční i psychologické, a to v dětství i v dospělosti. Jsou způsobeny nejen pády, sportovními aktivitami a dopravními kolizemi, ale často i sexuálním zneužíváním či násilím. Vyžadují specializovaný přístup a mezioborovou spolupráci. Možné forenzní důsledky vyžadují i častou součinnost s policií a soudy, kvalitní dokumentaci a zajištění biologických stop. Tato poranění tak představují po zdravotníky všech zainteresovaných oborů zvláštní výzvu.