

Využití transvaginální sonografie při objektivizaci funkčnosti děložního hrdla u gravidních žen – zejména po konizaci čípku děložního

Petr Puchmeltr, Vladimír Puchmeltr, Jr., Vladimír Puchmeltr

Utilization of transvaginal sonography on objectivity of pregnant women cervix function, especially after conization of portio uteri

Souhrn

I přes námi presentovaný malý soubor, má t.č. UZ zobrazení v diagnostice IDH prioritní postavení. Rovněž z malé skupiny žen po konizaci čípku děložního můžeme potvrdit názor, že konizace čípku děložního (Puchmeltr a spol., 1989) nezasahuje do funkčnosti hrdla u těhotných žen. Malý soubor (kde nelze vyloučit chybu malých čísel) v našem případě přesto ukazuje, že při širším využití adekvátní UZ techniky k vizualizaci funkčnosti děložního hrdla v ambulantních zařízeních se výrazně snížil počet žen odesílaných k serkláži. Současně poukazujeme, že i gynekologicko-porodnické ambulantní centra, vybavená nadprůměrnou zobrazovací UZ technikou a zkušenostmi v UZ oboru, mohou poskytovat adekvátní zajištění, v tomto případě adekvátní indikaci k provedení serkláže.

Domníváme se, že další rozvoj UZ techniky nejen udrží prioritu v diagnostice (objektivizaci) funkčnosti hrdla děložního u gravidních žen, ale odkryje další možnosti v této diagnostice s následujícím terapeutickým zajištěním (*tab. 2, obr. 7, lit. 10*).

Klíčová slova: inkompetence hrdla děložního, transvaginální sonografie, konizace.

Summary

Ultrasonic screenings has the primary position in the diagnosis of incompetency of cervix in spite of our presented set. After testing the small group of women after the conization of uvula we can confirm the opinion, that the conization of uvula doesn't interfere with the function of cervix of pregnant women. In our small set (its impossible to eliminate mistake of low numbers) displays expressive reducing of the quantity of women recommended to cerclage by general employing of conformably ultrasonic technology to visuality of function of cervix in outdoor departments. At the same time we refer to gynecology-obstetrical outdoor departments equipped by above-average screening ultrasonic technology and experiences on the ultrasonic field. These outdoor departments can give afford conformably asserting, in this case conformably indication to executing of cerclage.

We suppose, that the further development of ultrasonic technology will keep the priority at the diagnosis (objectivity) of function of cervix by pregnant women and it will disclose the further possibilities at the diagnosis with the next therapeutical asserting (*Tab. 2, Fig. 7, Ref. 10*).

Key words: incompetency of cervix, transvaginal sonography, conisation.

Prakt. Gynek., 5, 1998, č. 1.

Úvod

Patologie hrdla děložního – inkompetence – je definováno světovou i naší literaturou jako bezbolestné otevírání hrdla děložního s vyústěním v potrat či předčasný porod. Jinými slo-

vy jde o prosáknutí, zkrácení délky a otevírání zevní branky. Řada autorů (Anderson a Turnbull, 1969; Bishop, 1964; Floyd, 1961) se snaží objektivizovat nález na hrdle děložním neinvazivními metodami. Modifikace Bishopova (1964) bodovacího systému k hodnocení zrání hrdla se užívá v praxi dodnes.

Zkušenosti s diagnostikou inkompetence hrdla jsou stále nejisté – často bývá rozpoznána náhodně, terapie přichází pozdě, jindy neadekvátně, t.j. v případech, kdy nešlo o inkompetenci hrdla děložního.

Gynekologicko-porodnické centrum W.P. Medica, Teplice v Čechách
Adresa: MUDr. Petr Puchmeltr, Trnovanská 1533/12, 415 04
Teplice v Čechách, Česká republika

Důsledkem technického pokroku zasahuje do problematiky diagnostiky inkompetence děložního hrdla (IDH) využití ultrazvukového zobrazení (UZ). Jedním z prvních světových autorů, kde využil UZ k posouzení funkčnosti hrdla děložního, byl v roce 1976 Lewin se spoluautori. V domácí literatuře a na odborných kongresech nás informují o zkušenostech s touto diagnostickou metodou Malý a Pilka (Malý, 1993; Malý a Pilka, 1990).

UZ vyšetření dovoluje hodnotit dolní děložní segment – t.j. rozšíření vnitřní branky, její formu, skutečnou délku děložního hrdla, dilataci a formu cervikálního kanálu. Objektivizuje náš palpační (vaginální) nález. Klug a spol. (1988) prokázali, že zkracování vaginální porce hrdla v těhotenství nemusí být vůbec v souladu s jeho skutečnou délkou.

Při UZ diagnostice hrdla děložního lze využít zobrazení:

- a/ transabdominální;
- b/ transperitoneální;
- c/ transvaginální.

U transabdominálního zobrazení je základní podmínkou naplněný močový měchýř, což činí pro pacientku jistý dyskomfort. Výhodou transperitoneálního zobrazení je možnost vyšetření i v posledním trimestru, aniž je překážkou naléhající část plodu, též méně rušivých prostředí. Do popředí UZ diagnostiky IDH se řadí transvaginální zobrazení, které se vyhýbá prostředím absorbujícím UZ vlnění (podkoží, svalstvo, střevní kličky) pomocí malých sond. Transvaginální sondy se dostávají do bezprostřední blízkosti orgánů malé pánve, využívají frekvenci 5,0-7,5 MHz dle daného přístroje a dovoluují posoudit detaily, jež předchozí uváděné metody nedovolují. Většina našich i zahraničních autorů měří délku a šířku hrdla, tvar a dilataci vnitřní branky. Někteří (Malý, 1993) tvar a dilataci cervikálního kanálu. Do současné doby je jednota pouze pro fyziologické hodnoty získaných nálezů ultrazvukem:

- * délka hrdla větší než 30 mm
- * šířka hrdla menší než 30 mm
- * šířka vnitřní branky menší než 8 mm.

Jako velmi suspektivní IDH se uvádí UZ délka menší než 15 mm (Varma a spol., 1987).

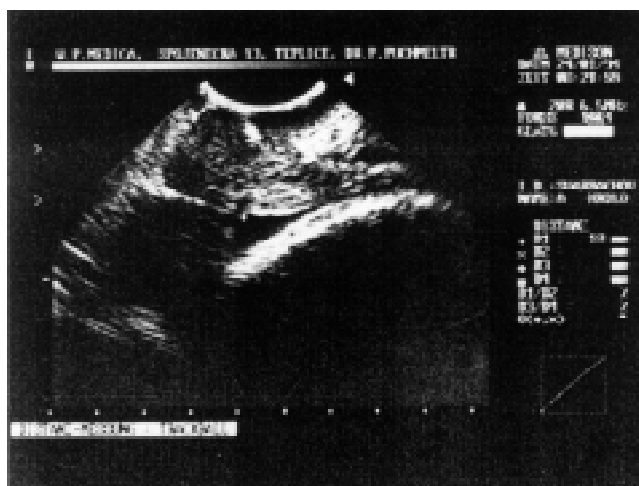
Klinický soubor a metodika

Využili jsme zkušeností získaných od domácích autorů (Malý, 1993) a ze světové literatury (Lewin a spol., 1976; Puchmeltr a spol., 1989) v UZ diagnostice IDH. Použili jsme UZ techniku Medison-Sonoace 1500 s transvaginální konvexní sondou 6,5 MHz o úhlu 86°. Od listopadu 1992 jsme touto UZ technikou objektivizovali suspektivní palpační nálezy na hrdle děložním. Transvaginální UZ techniky jsme využili pro její výhody:

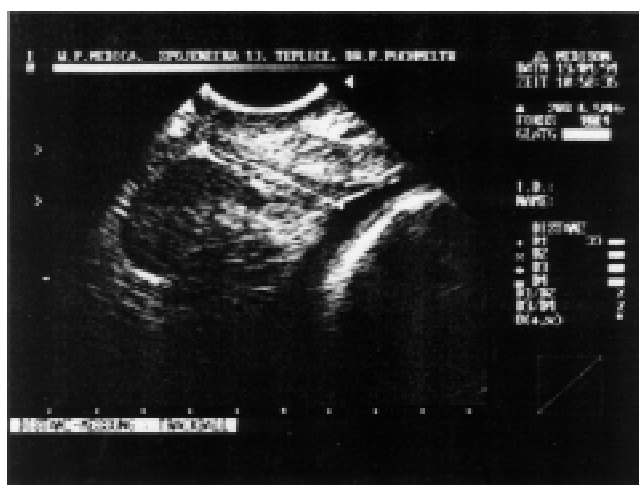
- * detaily (důsledkem frekvence 6,5 MHz) a
- * komfort pro pacientky (močový měchýř bez náplně).

Naší snahou bylo:

- 1/ správně indikovat serkláž při IDH;
- 2/ posoudit funkčnost děložního hrdla těhotných žen, u nichž byla provedena konizace čípku děložního v předchozím období;



Obrázek 1. Délka funkční části hrdla méně než 25 mm, v daném případě 18 mm, nálevkovitý tvar vnitřní branky – hrdlo bylo zajištěné serkláží. Jde o transvaginální zobrazení.



Obrázek 2. Transvaginální zobrazení hrdla bez známek IDH, délka hrdla 33 mm – funkční hrdlo bez zajištění serkláží.

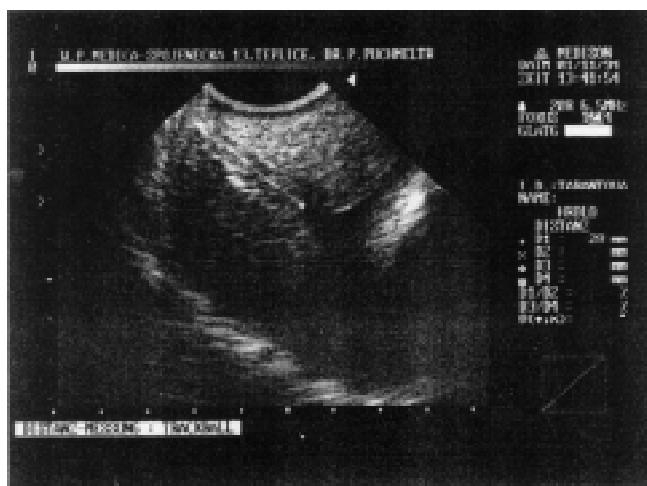
3/ objektivizovat názor, že konisace nezasahuje do funkčnosti hrdla u gravidních žen;

4/ adekvátní snížení počtu (%) žen odesílaných k provedení serkláže.

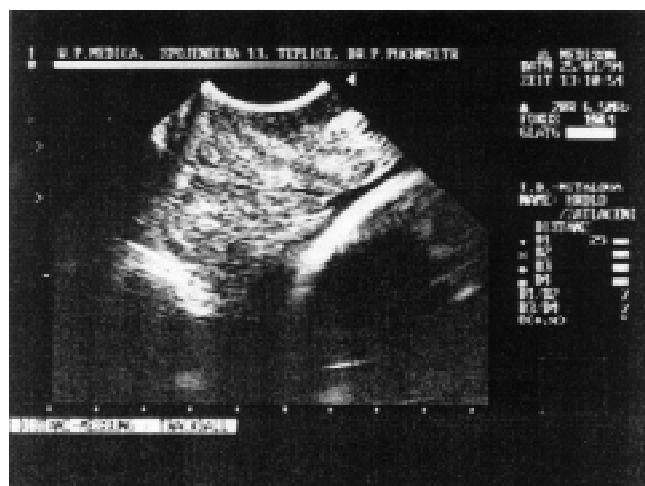
Výsledky

Práce hodnotí funkčnost hrdla děložního u dvou skupin gravidních žen:

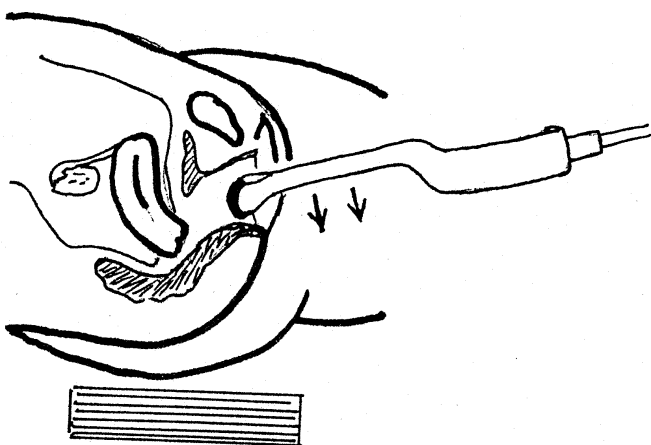
1. Bez konisace čípku děložního.



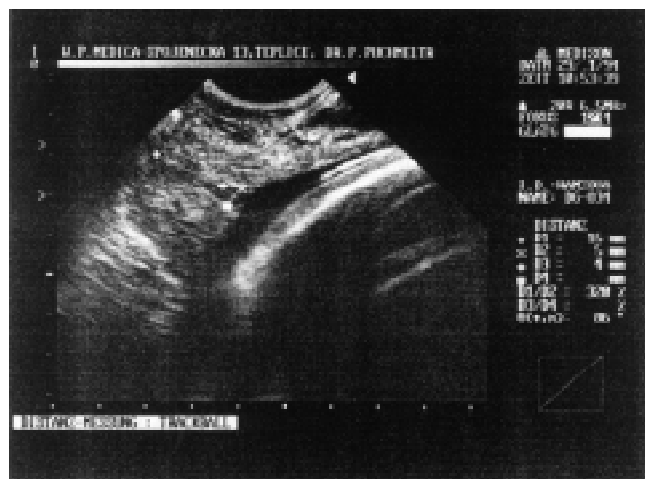
Obrázek 3. Děložní hrdlo po konisaci – bez známek IDH dle transvaginálního UZ zobrazení. Délka funkčního hrdla 28 mm.



Obrázek 5. Vizualizace zevní branky pomocí mírného tlaku na dolní segment s podložním pánve probantky. Opět transvaginální zobrazení.



Obrázek 4. Introitní zavedení transvaginální sondy, podložení pánve, distální stlačování perinea pomocí sondy.



Obrázek 6. Velmi suspektní známky IDH – dle Varmy a spol. (1987). Délka funkční části hrdla 15-16 mm, dále širší vnitřní branky 8-9 mm. Primipara, 20 let, 22 týden gravidity, hrdlo zajištěné serkláží. Transvaginální zobrazení.

2. S konisací čípku děložního.

Celkem bylo v 1. souboru za období listopad 1992 – červenec 1994 vyšetřeno transvaginální UZ technikou 77 gravidních žen (49 multipar, 28 primipar), kde dle palpačního, vaginálního nálezu šlo o suspektní IDH. Stáří gravidity se pohybovalo v rozmezí 14–27 týdnů, věk pacientek od 16 do 42 let. Z celkového počtu 77 gravidních žen bylo na podkladě transvaginálního UZ nálezu odesláno 15 žen k provedení serkláže, z nichž 14 (18,8 %) bylo provedeno. Šlo o 10 (12,98 %) multipar a 4 (5,19 %) primipary. Za kritické hodnoty jsme považovali z UZ hlediska délku hrdla méně než 25 mm, širší hrdla větší než 35 mm, nálevkovitý tvar vnitřní branky větší než 8 mm (obr. 1). U zbylých 61 probantek (t.j. 79,22

%), kde nebyla indikována serkláž na podkladě UZ techniky (délka hrdla větší než 25 mm, v průměru 25-45 mm), jsme nezaznamenali potrat, či předčasný porod (obr. 2). Jen u dvou žen spadajících do tohoto 1. souboru (t.j. 2,59 %), které změnily trvalé bydliště, jsme nezaznamenali další průběh (tab. 1).

Ve 2. kontrolním souboru bylo 15 žen, které v předchozím období prodělaly konisací čípku děložního. U této skupiny, bez ohledu na to, zda šlo o palpační podezření na IDH či ne, jsme UZ technikou kontrolovali funkčnost hrdla. I přesto, že v UZ obraze se nenacházely známky IDH (obr. 3), byly dvě ženy z této skupiny (t.j. 13,33 %) odeslány

Tabulka 1. Výsledky UZ transvaginálního zobrazení u 77 žen susp. IDH dle CS

14 serkláží (18,8 %)	- 10 multipar (12,98 %)
	4 primipary (5,19 %)
61 žen, kde IDH dle UZ nebylo potvrzeno	(77,22 %)
2 probantky	(2,59 %)

Tabulka 2. Výsledky UZ transvaginálního zobrazení u 15 těhotných žen s konisací děložního hrdla

2 serkláže provedené pro zatíženou porod. anamnesu	13,33 %
--	---------

k preventivní serkláži na podkladě zatížené porodnické anamnesy (tab. 2).

Diskuse

Naše výsledky potvrzují názor, že suspektní palpační nález na hrdle děložním, svědčící pro IDH, není vždy v korelaci s funkční délkou hrdla děložního (Klug a spol., 1988; Malý, 1993; Malý a Pilka, 1990).

Je diskutabilní, zda považovat za suspektivní známku IDH délku hrdla pod 30 mm, 25 mm, resp. 20 mm? Světová literatura uvádí jako velmi suspektivní známky pod 15 mm (Puchmeltr a spol., 1989). V našem souboru jsme brali délku méně než 25 mm a věnovali pozornost šíři cervikálního kanálu, včetně tvaru vnitřní branky, jak u primipar, tak multipar. Na podkladě tabulky 1 dokladujeme, že signifikantní známky IDH byly u multipar, v jejich anamnése jsme nacházeli serkláž, spontánní aborty, iterativní umělé přerušení či předčasně porod.

Vlastní zkušenosti při UZ diagnostice hrdla děložního ukazují na výhodnost transvaginálního zobrazení:

1. Z časového faktoru je možné provést vyšetření bez přípravy – bez náplně močového měchýře.
2. Lepší komfort pro vyšetřovanou ženu.
3. Získání důležitých detailů na podkladě 6,5 MHz.
4. Neinvazivní metoda.

S negativním postojem pacientek k transvaginálnímu vyšetření (předem informované) se setkáváme, neboť často jen introitní zavedení sondy chápou jako běžné palpační vyšetření (obr. 4). K hygienickému obalu sondy, jako většina pracovišť, používáme kondom. K vizualizaci zevní branky, která v některých případech není dobře patrná, jsme literaturou doporučované modifikace (náplně kondomu pomocí dětského setu) nepoužívali. V těchto případech využíváme mírného stlačení perinea pomocí transvaginální sondy, podložení pánve malou poduškou či mírného tlaku na dolní segment (obr. 4, 5).



Obrázek 7. Funkční hrdlo po konisaci. Známky IDH ne-nalezeny. Normální šíře vnitřní branky, délka hrdla, šíře hrdla. Multipara, 26 let, 20 týden gravidity. Transvaginální zobrazení.

Závěr

I přes námi prezentovaný malý soubor, má t.č. UZ zobrazení v diagnostice IDH prioritní postavení. Rovněž z malé skupiny žen po konisaci čípku děložního můžeme potvrdit názor, že konisace čípku děložního (Puchmeltr a spol., 1989) nezasahuje do funkčnosti hrdla u těhotných žen. Malý soubor (kde nelze vyloučit chybu malých čísel) v našem případě přesto ukazuje, že při širším využití adekvátní UZ techniky k vizualizaci funkčnosti děložního hrdla v ambulantních zařízeních se výrazně sníží počet žen odesílaných k serkláži. Současně poukazujeme, že i gynekologicko-porodnické ambulantní centra, vybaveny nadprůměrnou zobrazovací UZ technikou a zkušenostmi v UZ oboru, mohou poskytovat adekvátní zajištění, v tomto případě adekvátní indikaci k provedení serkláže.

Domníváme se, že další rozvoj UZ techniky nejen udělá prioritu v diagnostice (objektivizaci) funkčnosti hrdla děložního u gravidních žen, ale odkryje další možnosti v této diagnostice s následujícím terapeutickým zajištěním*.

*Autori získali Sonkovu cenu za nejlepší práci v oblasti ultrazvukové diagnostiky v porodnictvě a gynekologii za rok 1995.

Literatura

1. Anderson A.B.M., Turnbull A.C.: Amer. J. Obstet. gynec., 105, 1969, s. 1207—1210.
2. Bishop E.H.: Obstet. Gynec., 24, 1964, s. 266—270.
3. Floyd W.S.: Obstet. Gynec., 18, 1961, s. 380—385.

4. Klug P.W., Mayer H.G.K., Staudach A.: Geburtsh. Frauenheilk., 48, 1988, s. 143—149.

5. Lewin D., Sadoul G., Sylvain-Leroy B.: Gynec. Obstet. Biol. Reprod., 5, 1976, s. 651—656.

6. Malý Z.: Vývoj a současný stav diagnostiky inkompetence děložního hrdla. Čs. Gynekol., 58, 1993, č. 3, s. 129—132.

7. Malý Z., Pilka L.: Ultraschall. klin. Prax., 1990, č. 5, s. 154.

8. Puchmeltr P., Puchmeltr V., Jr., Puchmeltr V.: Konisace čípku děložního, naše technika a výsledky za pětileté období. Čs. Gynekol., 54, 1989, č. 1, s. 18—22.

9. Varma T.R., Patel R.H., Pillai U.: Int. J. Gynec. Obstet., 25, 1987, s. 25—34.

10. Sarti D.A., Sample W.F., Hobel C.J. et al.: Ultrasonic visualization a dilated cervix during pregnancy. Radiology, 130, 1979, s. 417—420.

Do redakcie došlo 15.6.1997.

NEŠTÁTNI GYNEKOLÓGOVIA V SR (ČASŤ 1)

Problematika a problémy neštátnych gynekológov v SR

- závery a odporúčania

Dňa 29.11.1997 sa v Bratislave stretli súkromní ženská lekári na Celoštátnej vedecko-pracovnej schôdzi organizovanej Slovenskou lekárskou spoločnosťou, Slovenskou gynekologicko-pôrodnickou spoločnosťou, Inštitútom pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve v spolupráci s Asociáciou súkromných lekárov v SR na tému "Problematika a problémy neštátnych gynekológov v SR". Prítomní na záver prijali tieto odporúčania pre Ministerstvo zdravotníctva SR, Ministerstvo financií SR, zdravotné poisťovne, stavovské organizácie, profesné združenia, pre hlavného odborníka pre gynekológiu a pôrodnictvo MZd SR a vedenie IVZ:

1. Požiadavky na riaditeľstvo IVZ

- a/ Uskutočňovať krátkodobé intenzívne monotematické školenia, zásadne organizované mimo pracovnej doby (t.j. od piatku poobede do nedele), s možnosťou praktickej výučby, ako si to téma bude vyžadovať. Za tieto školenia udeľovať certifikát o účasti.
- b/ Upraviť udeľovanie certifikátov v súčasnej dobe.
- c/ Do predatestačnej prípravy doplniť požiadavku na absolvovanie praxe v privátnej ambulancii. Stanoviť dobu jej trvania. S tým súvisí akreditácia takéhoto pracoviska a jeho honorovanie (ASL SR je pripravená spolupracovať s IVZ pri riešení problému).
- d/ Urýchlene určiť pravidlá pre uznávanie zahraničných certifikátov.
- e/ Stanoviť praktické témy pre ďalšie vzdelávanie po konzultácii s terénom pre potreby praxe.
- f/ Školenia - kurzy robiť aj po regiónoch.

2. Požiadavky na Slovenskú gynekologicko-pôrodnickú spoločnosť

- a/ Všetky významné, hlavne celoštátne konferencie robiť zásadne mimo pracovnú dobu (t.j. od piatku poobede do nedele). Robiť ich aj v regiónoch, nielen v centrách.
- b/ Na každej pozvánke uvádzať kredit podujatia. Ide o nadväznosť na požiadavku SLK o postgraduálnom vzdelávaní.
- c/ Kooptovať do výboru SGPS SLS zástupcu privátnych gynekológov. Ak podľa stanov kooptácia nie je možná, prizývať takéhoto zástupcu na zasadnutia výboru s hlasom poradným a riadne ho zvoliť v ďalšom období.

3. Požiadavky na hlavného odborníka

- a/ Dôsledné pripomienkovanie zákonov v tom zmysle, aby boli obhajované aj záujmy privátnej ambulantnej sféry. V súčasnosti ide hlavne o tzv. bodovník, ktorý je v danej podobe pre privátnu prax nevyhovujúci. Zmenila sa prevencia, vypadli výkony.
- b/ Privátna sféra považuje metodický pokyn o preventívnych prehliadkach z odborného hľadiska za správny, ale v praxi nerealizovateľný. Požaduje ho preto upraviť do realizovateľnej podoby.
- c/ V koncepcii gynekológie je veľmi zvýraznená úloha nemocníc, teda prakticky štátnych zariadení na úkor primárnej sféry. Podľa názoru zúčastnených by malo dôjsť k jej revízii po odbornej diskusii, na ktorej by mala mať možnosť sa zúčastniť aj privátna sféra.

Pokračovanie na strane 31.