

Diagnostika ženskej genitálnej tuberkulózy

Daniel Demečko, Peter Slezák, Dušan Tábořský, Zuzana Vaníčková

Diagnostic Strategy of Female Genital Tuberculosis

Súhrn

Naším cieľom bolo pripomenúť problematiku diagnostiky ženskej genitálnej tuberkulózy. Komplikovanosť diagnostiky spočíva v tom, že tbc zápalový proces prebieha necharakteristicky. Stručne sme uviedli klinické možnosti diagnostiky od anamnézy, cez gynekologické vyšetrenie, laboratórne vyšetrenia, zobrazovacie metódy, až po exaktný dôkaz mykobaktérie. V závere sme upozornili, že na tbc zápalový proces treba myslieť častejšie (*obr. 2, lit. 13*).

Kľúčové slová: diagnostika, genitálna tuberkulóza.

Tuberkulóza, ako klinická jednotka, bola objavená okolo roku 1000 pred našim letopočtom. Ženskú genitálnu tuberkulózu prvý opísal roku 1744 Morgagni, keď post mortem vyšetril 20-ročnú ženu, ktorá zomrela na tuberkulózu a u ktorej našiel maternicu a vajíčovody vyplnené kazeóznymi hmotami.

Ženská genitálna tuberkulóza sa najčastejšie opisovala v súvislosti so sterilitou u mladých žien. Rozborom literatúry sa zistilo, že najväčšie opísané a sledované súbory žien s genitálnou tuberkulózou sú z Indie, Škandinávie a Škótska.

Klasicky sa ženská genitálna tuberkulóza označovala ako ochorenie mladých žien vo veku 20–40 rokov (Schaefer, 1976). Od 60. do 80. rokov však veľké súbory Sutherlanda a Falka ukazujú posun výskytu ženskej genitálnej tuberkulózy do vyšších ročníkov. Z našich skúseností však vieme, že v posledných rokoch veková hranica u žien opäť klesá.

Anamnéza

Ženská genitálna tuberkulóza je chronicky prebiehajúce ochorenie chudobné na príznaky. Symptómy sú necharakteristické, veľmi často ochorenie prebieha dlhý čas bez príznakov.

Summary

The aim of authors was to remind the topic of female genital tuberculosis. Especially as for the difficulties of diagnostic this atypically undergoing specific inflammation. Contemporary laboratory and clinical diagnostic possibilities are described in the article, too. It is stressed in the end of authors work that one must think about tuberculosis much more often (*Fig. 2, Ref. 13*).

Key words: genital tuberculosis, diagnostics.

Praktická gynekológia, 4, 1997, č. 2.

Vždy by sa malo myslieť na toto ochorenie, ak pacientka pochádza z oblastí s endemickým výskytom tbc, ak má pozitívnu rodinnú alebo osobnú anamnézu, ak je prítomná sterilita bez zistenia inej príčiny, ak je prítomný chronický panvový zápal, často rezistentný na bežnú antibiotickú liečbu a ak sú prítomné rozsiahlejšie adnexové nálezy u mladých žien, ktoré ešte nemali pohlavný styk.

Najčastejšími systémovými príznakmi sú malátnosť, rýchla únavnosť, fyzická slabosť, pokles hmotnosti, večerné subfebrilita a zvýšené potenie v spánku.

Podľa literatúry sú najčastejšími následkami ženskej genitálnej tuberkulózy sterilita (40–50 %) (Sutherland, 1979), bolesti v podbrušku (25–50 %), väčšinou sú slabé a dlhotrvajúce, a abnormálne krvácanie z maternice (10–40 %) menoragia, menometroragia, intermenštruačné krvácanie, menej často oligomenorea, postmenopauzálne krvácanie.

Gynekologické vyšetrenie

Pri gynekologickom vyšetrení sa nájde normálny gynekologický nález v 35–50 % (Sutherland, 1982). Podľa Sutherlanda bol v rokoch 1951–1960 pozitívny palpačný nález v 52 % a v rokoch 1971–1980 už len v 26,5 %. Falk a spol. (1980) opisujú palpačné zmeny na adnexách u 1/4 pacientok, ale až 11 % z týchto náleзов boli benígne alebo malígne procesy. Palpačné nálezy sú rôzne, od mierne zhrubnutých tuhých vajíčovodov až po rozsiahle adnexové konglomeráty.

Gynekologicko-pôrodné oddelenie, Národný ústav tuberkulózy a respiračných chorôb, Bratislava

Adresa: MUDr. Daniel Demečko, Drobného 6, 841 01 Bratislava, Slovensko.

cie navzájom fixované adhéziami (sú však palpačne menej bolestivé ako pri akútnych bakteriálnych infekciách). Ďalej tuberkulózný ascites, jeho prítomnosť spolu s bolesťami a zvýšenými teplotami u adolescentných žien je s najväčšou pravdepodobnosťou zapríčinená tuberkulóznym ochorením. Tuberkulózná peritonitída môže prebiehať asymptomaticky alebo s klasickými príznakmi, ako sú horúčka, triaška, ascites, peritoneálne dráždenie.

Diagnóza

Rutinné laboratórne vyšetrenia pri diagnostike ženskej genitálnej tuberkulózy sú v medziach normy.

Tuberkulínový kožný test sa používa od konca 19. storočia a je založený na skutočnosti, že oneskorená hypersenzitivita sa vyvíja 2–10 týždňov po mykobaktériovej infekcii. Štandardne sa používa 0,1 ml PPD-tuberkulínu intrakutánne a po 48–72 hodinách sa meria veľkosť indurácie v mieste vpichu. Tuberkulínový test poukazuje na prítomnosť primárnej infekcie, ale nesignalizuje aktívne ochorenie v čase testovania. Napriek tomu jeho pozitivita zvyšuje podozrenie na tuberkulózný pôvod ochorenia.

Zobrazovacie metódy

Rtg hrudníka často ukazuje známky tbc pľúc alebo primárneho komplexu. Zo zobrazovacích metód sa ďalej využije rtg natívna snímka brucha.

Ultrazvuková diagnostika

Aj keď ultrazvukové obrazy dutiny brušnej a malej panvy nie sú špecifické, určité podozrenie vzniká pri nasledovných zmenách: ascites, častejšie septovaný, s pohyblivými, vľajúcimi septami, adnexové tumory, zhrubnuté omentum, zhrubnuté peritónium, adhézie a postihnutie endometria hypoechogénnymi odrazmi v zmysle pyometry. Vyšetrenia sa robia transabdominálnym a transvaginálnym prístupom (Yapar a spol., 1995).

CT-diagnostika

Vyšetrenie dutiny brušnej a malej panvy pomocou počítačovej tomografie prispieva k diagnostike tbc ochorenia. Pri tbc peritonitíde sa opisuje zvýšená vaskularizácia zápalovo zmeneného peritónia, zhrubnuté črevné kľučky a omentum, ascites, adnexové tumory a zmeny na endometriu (Lisehora a spol., 1996).

Hysterosalpingografia

Najdôležitejšou zobrazovacou metódou a najčastejšie používanou v diagnostike ženskej genitálnej tuberkulózy je



Obr. 1. Kalcifikáty v lymfatických uzlinách a výrazná intravazácia.



Obr. 2. Charakteristické zmeny v dutine maternice a vo vajíčkovodoch.

hysterosalpingografia. Aj keď neexistujú rtg zmeny, ktoré by boli patognomické pre genitálnu tuberkulózu, ich prítomnosť vysoko zvyšuje podozrenie na jej prítomnosť. Sú to najmä kalcifikáty v lymfatických uzlinách, vaječníkoch a vajíčkovodoch, intravazácie venózne alebo lymfatické (obr. 1), charakteristické zmeny na vajíčkovodoch, v cervikálnom kanáli a v dutine maternice (obr. 2). O známkach aktivity zápalového procesu svedčia rozmazanosť okrajov, deštrukcia okrajov a inhomogenita náplne (Hatvany a spol., 1965; Siegler, 1983).

Laparoskopia

Definitívna diagnóza ženskej genitálnej tuberkulózy vyžaduje izoláciu *Mycobacterium tuberculosis*. Pretože pri pel-

vickej tuberkulóze je veľmi často postihnuté aj endometrium, najvhodnejším spôsobom získania endometria je jeho abrázia. Menej vhodná je biopsia endometria alebo odber menštruačnej krvi. Laparoskopicky alebo laparotomicky sa získava na vyšetrenie peritoneálna tekutina alebo bioptický materiál z podozrivých miest. Pri endoskopickom vyšetrení je možnosť diagnostikovať zmeny na orgánoch malej panvy, ktoré sú pre tbc proces charakteristické, ako miliárny rozsev, ložiskový a makronodulárny typ, infiltratívny typ, fibrodeštruktívny typ a vajíčkovodom vlastné morfológické typy tbc zápalového procesu (Hatvany a spol., 1975).

Získaný materiál sa vyšetruje mikroskopicky, kultiváciou na BK, biologickým pokusom, histologicky a v posledných rokoch pomocou amplifikačných genetických metód (Slezák a spol., 1995).

Ak je diagnóza ženskej genitálnej tuberkulózy určená, okrem začatia adekvátnej, dlhodobej a intenzívnej antituberkulózne liečby, je nevyhnutné pátrať po prejavoch tbc procesu aj v inej lokalizácii. Najčastejšie sa vyšetrujú pľúca a uropoetický systém. Bežnými vyšetreniami sú rtg pľúc, opakované odbery spúta na vyšetrenie BK a opakované odbery moču na vyšetrenie BK.

Záver

Diagnostika ženskej genitálnej tuberkulózy je zložitý a komplexný proces. Z našej praxe v posledných rokoch, ako aj z literatúry zisťujeme, že tbc zápalový proces môže prebiehať bez pozitívnej rodinnej a osobnej anamnézy, že nepotrebujeme koexistenciu s pľúcnou tuberkulózou, nemusí byť súčasne závislosť na drogách a alkohole ani získaný imuno-deficientný syndróm. Počiatočné symptómy môžu byť napríklad bolesti v podbrušku alebo dutine brušnej, teplota, chudnutie, adnexové tumory, ascites, abnormálne krvácanie a podobne (Demečko, 1994). Vyšetrovali sme pacientky pre bolesti v podbrušku, pričom všetky vykonané vyšetrenia boli negatívne, okrem punktátu z dutiny brušnej. Preto je dôležité myslieť na tuberkulózný zápalový proces oveľa častejšie, ako je zvykom, a vykonať všetky potrebné opatrenie na určenie správnej diagnózy.

Literatúra

- 1. Demečko D., Slezák P.:** Je ešte potrebné myslieť na genitálnu tuberkulózu? *Gynekolog*, 3, 116, 1994.
- 2. Falk V. a spol.:** Genital tuberculosis in women. Analysis of 187 newly diagnosed cases from 47 Swedish hospitals during the ten years period 1968 to 1977. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 138, 1980, s. 933–951.
- 3. Hatvany T. a spol.:** Príspevok k hodnoteniu hysterosalpingografických nálezov pri tuberkulóze vnútorných rodidiel ženy. *Bratisl. lek. Listy*, 45, 1965, s. 163–168.
- 4. Hatvany T. a spol.:** Morfológia tuberkulózy vajíčkovodov. *Bratisl. lek. Listy*, 64, 1975, s. 312–320.
- 5. Lisehora G.B. a spol.:** Tuberculous peritonitis - Do not miss it. *Dis. Colon Rectum*, 1996, s. 394–399.
- 6. Schaefer G.:** Female genital tuberculosis. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 19, 1976, s. 223–239.
- 7. Siegler A.M., Kontopoulos V.:** Female genital tuberculosis and the role of hysterosalpingography. *Semin. Roentgenol.*, 14, 1979, s. 295–304.
- 8. Siegler A.M.:** Hysterosalpingography. *Fertil. Steril.*, 40, 1983, s. 139–158.
- 9. Slezák P. a spol.:** Aktuálnosť tuberkulózy v gynekológii a pôrodníctve. *Praktická gynekológia*, 3, 1995, s. 152–154.
- 10. Sutherland A.M.:** The changing pattern of tuberculosis of the female genital tract. A thirty year survey. *Arch. Gynecol.*, 234, 1983, s. 95–101.
- 11. Sutherland A.M.:** Tuberculosis: gynecological tuberculosis. *Br. J. Hosp. Med.*, 22, 1979, s. 569–576.
- 12. Sutherland A.M.:** Postmenopausal tuberculosis of the female genital tract. *Obstet. Gynecol.*, 59, 1982, s. 549–579.
- 13. Yapar E.G. a spol.:** Sonographic features of tuberculous peritonitis with female genital tract tuberculosis. *Ultrasound Obstet. Gynecol.*, 6, 1995, s. 121–125.

Do redakcie došlo 3.4.1997.