

Wskazania ginekologiczne do hospitalizacji dziewczynek i młodych kobiet – postępowanie w wybranych przypadkach klinicznych

Indications for hospitalization of young girls and adolescent girls – clinical work-up in the selected cases

Marta Monist, Aleksandra Bartuzi, Piotr Olcha, Jacek Tomaszewski, Beata Kulik-Rechberger*, Tomasz Rechberger

II Klinika Ginekologii UM w Lublinie, Polska

* Zakład Propedeutyki Pediatrii I Katedry Pediatrii UM w Lublinie, Polska

Streszczenie

Cel pracy: Celem pracy była analiza przyczyn hospitalizacji ze wskazań ginekologicznych dziewczynek i młodych kobiet.

Materiał i metody: Przeanalizowano dane kliniczne, metody leczenia i rozpoznania histopatologiczne dziewcząt i młodych kobiet hospitalizowanych w II Katedrze i Klinice Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie od stycznia 2003 do grudnia 2012 roku. W pracy przedstawiono zarówno zachowawcze jak i chirurgiczne metody leczenia oraz przedyskutowano ich skuteczność.

Wyniki: W ciągu ostatnich dziesięciu lat hospitalizowano 334 pacjentki w wieku od 8-20 lat, co stanowiło 1,61% wszystkich leczonych. Biorąc pod uwagę grupy wiekowe jedna pacjentka miała mniej niż 9 lat, dwie pacjentki 10-11 lat, 38 pacjentek w wieku 12-14 lat, 128 pacjentek w wieku 15-17 lat i 165 pacjentek w wieku 17-19 lat. Główną przyczyną hospitalizacji wśród dziewczynek i młodych kobiet były torbiele jajnika (138 przypadków; 41,3%), zaburzenia miesiączkowania (46 przypadków; 13,7%), ciąża i jej powikłania (35 przypadków; 10,5%), wrodzone wady rozwojowe narządu płciowego (33 przypadki; 9,9%). Pozostałe pacjentki (24,6 %) były hospitalizowane z powodu podejrzenia torbieli jajnika (22 przypadki; 6,6%), erytroplakii części pochwowej szyjki macicy (15 przypadków; 4,5%), krwawień młodocianych (15 przypadków; 4,5%), chorób sromu (8 przypadków; 2,4%).

Wnioski: Dziewczynki i młode kobiety nie są częstymi pacjentkami hospitalizowanymi w oddziałach ginekologicznych. Jako pacjentki stanowią wyzwanie kliniczne szczególnej wagi. Właściwe rozpoznanie oparte na zastosowaniu zaawansowanych technik diagnostycznych oraz nowoczesne metody farmakoterapii warunkują końcowy sukces terapeutyczny.

Słowa kluczowe: **dziewczynki / młode kobiety / hospitalizacja / postępowanie kliniczne /**

Adres do korespondencji:

Marta Monist

II Klinika Ginekologii UM w Lublinie

SPSK 4, ul. Jaczewskiego 8, 20-954 Lublin, Polska

tel.: (81) 7244686

e-mail: martamonist@wp.pl

Otrzymano: 22.01.2014

Zaakceptowano do druku: 19.04.2014

Marta Monist et al. Wskazania ginekologiczne do hospitalizacji dziewczynek i młodych kobiet – postępowanie w wybranych przypadkach klinicznych.

Abstract

Objective: The aim of the study was to analyze the clinical reasons for hospitalization due to gynecological causes of adolescent girls and young women.

Methods: We reviewed clinical data on reasons for hospitalization, treatment methods, and histopathological diagnosis in adolescent girls and young women hospitalized at the Second Department of Gynecology, Medical University of Lublin, between January 2003 and December 2012. Methods of conservative or surgical treatment, as well as their clinical effectiveness, have been discussed.

Results: Over the analyzed period of time, we identified 334 patients at the age between 8 and 20 years, which accounted for 1.61% of all hospitalized women during that time. Rating these patients by age, we found the following: 1 patient < 9 years old, 2 patients aged 10-11 years, 38 patients aged 12-14 years, 128 patients aged 15-17 years and 165 patients aged 17-19 years old. The main clinical reasons for hospitalization of adolescents and young women due to gynecological causes were: ovarian cysts (138 cases; 41.3%), menstrual disorders (46 cases; 13.7%), pregnancy complications (35 cases; 10.5%), and congenital Müllerian anomalies (33 cases; 9.9%). The remaining patients (24.6%) were admitted due to suspicion of ovarian cyst (22 cases; 6.6%), cervical erosion (15 cases; 4.5%), juvenile metrorrhagia (15 cases; 4.5%), and vulvar diseases (8 cases; 2.4%).

Conclusions: Adolescent girls and young women are rarely admitted to gynecological departments. Nevertheless, they present a clinical challenge. Proper diagnosis using advanced visualization methods, along with modern pharmacotherapy, accounts for the final therapeutic success.

Key words: **adolescent girls / hospitalization / treatment modalities /**

Dziewczynki i młode kobiety stanowią zdecydowaną mniejszość wśród osób leczonych szpitalnie przez położników - ginekologów. Najczęstszą przyczyną porad ambulatoryjnych w tej grupie pacjentek są zapalenia pochwy i sromu (grzybica), zaburzenia miesiączkowania i ciąża. Przyczyną hospitalizacji ze wskazań ginekologicznych jest najczęściej konieczność przeprowadzenia zabiegu operacyjnego z powodu patologii jajnika lub wykonania pogłębionej diagnostyki hormonalnej zaburzeń miesiączkowania [1].

Pozostałe przyczyny hospitalizacji ginekologicznych mają charakter kazuistyczny. Z tego powodu nie wypracowano jednoznacznych wytycznych medycznych, a nierzadko brakuje także rozwiązań prawnych, dotyczących postępowania z tą szczególną grupą pacjentek.

Cel pracy

Dlatego postanowiono przeanalizować wszystkie przyczyny hospitalizacji dziewczynek i młodych kobiet do 20. roku życia w II Klinice Ginekologii UM w Lublinie, w ciągu ostatnich 10 lat i zaproponować schematy postępowania w najczęstszych schorzeniach, z którymi może spotkać się położnik - ginekolog w praktyce szpitalnej.

Materiał i metody

W latach 2003 – 2012 w II Katedrze i Klinice Ginekologii UM w Lublinie hospitalizowano 334 pacjentki poniżej 20 r. ż., co stanowi 1,61 % wszystkich hospitalizowanych (n = 20781 kobiet). Pacjentki podzielono na 5 grup, biorąc pod uwagę ich wiek, odpowiadający poszczególnym fazom dojrzewania płciowego:

- okres dzieciństwa <9 lat; (1 pacjentka),
- faza dziecięca 10-11 lat; (2 pacjentki),
- faza przejściowa 12-14 lat; (38 pacjentek),
- faza dziewczęca 15-17 lat; (128 pacjentek),
- okres dojrzałości >17 lat; (165 pacjentek), [2].

Najliczniejszą grupę stanowiły pacjentki powyżej 17 r.ż., a więc będące w okresie dojrzałości płciowej (49,4%) oraz

dziewczęta pomiędzy 15-17 r.ż., będące w fazie dziewczęcej (38,2%). Głównymi przyczynami hospitalizacji były torbiele i guzy przydatków (138 pacjentek), zaburzenia miesiączkowania i hiperprolaktynemia (46 pacjentek), ciąża i puste jajo płodowe (35 pacjentek). Inne przyczyny hospitalizacji to: pęcherz nadreaktywny (OAB) (n=5), niepłodność (n=2), polip szyjkowy (n=2), zaburzenia jelitowe (n=2), torbiel gruczołu Skene'go (n=2), ropień okołowyrostkowy, *peritonitis* (n=2), hirsutyzm (n=1), endometrioza w bliźnie po cięciu cesarskim (n=1), mięśniaki macicy (n=1), przerost warg sromowych (n=1), przetoka pęcherzowo-pochwowa (stan po operacji dróg moczowych) (n=1), zakażenie rany pooperacyjnej (n=1) oraz ból podbrzusza (n=1).

U 53,59% hospitalizowanych pacjentek przeprowadzono interwencje zabiegowe. W pozostałych przypadkach wdrożono postępowanie zachowawcze. Wykonano 179 zabiegów w znieczuleniu ogólnym, w tym 112 laparoskopii, 23 laparotomie, 19 wyłyżeczkowań macicy, 9 punkcji torbieli, 22 operacje przezpochwowe, pobrano 5 wycinków ze skóry sromu, przeprowadzono 15 zabiegów krioterapii zmian szyjki macicy i sromu, 2-krotnie podano toksynę botulinową do pęcherza moczowego z powodu OAB oraz wykonano 1 zabieg histerosalpingografii.

Analiza częstości występowania schorzeń ginekologicznych i położniczych u dziewczynek i młodych kobiet w tej grupie wiekowej 9-20 lat stała się przyczynkiem do przedstawienia aktualnych sposobów diagnostyki i postępowania w najczęstszych przypadkach ginekologiczno-płożniczych, wymagających hospitalizacji.

Analiza i dyskusja

1. Torbiele i guzy przydatków

Najczęstszym schorzeniem, będącym powodem hospitalizacji były torbiele i guzy przydatków (41,3% rozpoznań).

Torbiele i guzy przydatków u dziewczynek i młodych kobiet występują rzadko (2,6/ 100 tys.) i mają zazwyczaj charakter łagodny. Złośliwe guzy jajnika stanowią około 1% nowotworów u dzieci [3]. Guzy/torbiele jajnika to najczęściej duże zmiany

Table I. Łagodne zmiany jajnika – etiologia, objawy, postępowanie (na podstawie [5]).

Typ torbieli	Przyczyna	Czynność hormonalna	Objawy	Postępowanie
pęcherzykowa /folikularna	Zaburzenia owulacji lub inwolucji niepękniętego pęcherzyka	estrogeny	asymptomatyczna, ból, zaburzenia rytmu krwawień miesięcznych	a) wyczekujące (obserwacja) przez 2-3 cykle b) ból, dyskomfort zmiana utrzymująca się >2-3 mies. z prawidłowym rytmem krwawień – laparoscopia lub punkcja torbieli
krwotoczna/ luteinowa	wynacznienie krwi do światła pęcherzyka jajnikowego w trakcie owulacji	progesteron	asymptomatyczna, ból, nieprawidłowe krwawienia, plamienia acykliczne	a) wyczekujące (obserwacja) b) masywne krwawienie do światła torbieli, skręcenie torbieli, krwawienie do jamy brzusznej – postępowanie zabiegowe, laparoscopia
tekaluteinowa	a) związana z ciążą, w przebiegu ciąży choroby trofoblastycznej b) w wyniku hiperstymulacji jajnika	brak	wymioty, nudności, ból piersi, ból jamy brzusznej, Zespół Meigs'a	a) w ciąży chorobie trofoblastycznej – opróżnienie jamy macicy b) w hiperstymulacji – postępowanie zachowawcze

o charakterze torbielowatym, obecności których towarzyszy niekiedy ostry ból, spowodowany podkręcaniem się ich szypuły naczyń. Symptomatologia zmian jajnika jest niespecyficzna, co utrudnia ocenę ryzyka ich złośliwości. W każdym przypadku należy dołożyć wszelkich starań i wykorzystać wszystkie dostępne metody diagnostyczne służące do określenia charakteru zmiany, ponieważ ta informacja będzie warunkowała sposób leczenia [4].

Torbiele jajnika (folikularne, ciała żółtego, tekaluteinowe) mają najczęściej charakter czynnościowy i stanowią około 29,5% wśród wszystkich przyczyn patologii jajnika u nastolatek (torbiele folikularne – 12,1%, a torbiele luteinowe – 17,6%). Ich średnica wynosi zwykle około 3-6 cm (torbiele luteinowe do 5 cm), rzadko do 8-15 cm. Zmiany te, często asymptomatyczne, nie wymagają leczenia i ulegają samoistnej regresji w ciągu 2-3 cykli (Tabela I).

W celu podjęcia odpowiedniej decyzji terapeutycznej do diagnostyki i różnicowania zmian torbielowatych w przydatkach wykorzystuje się: badanie ultrasonograficzne, MRI lub CT oraz badania laboratoryjne (Ca125, AFP, CEA, β -hCG, LDH, algorytm ROMA [6]). Postępowanie zabiegowe w leczeniu torbieli prostych jajnika polega na wykonaniu punkcji i aspiracji płynu pod kontrolą USG lub planowej laparoskopii/laparotomii i wyluszczeniu/fenestracji zmiany. Aktualnie laparotomia jest wykonywana w jednostkach, w których nie ma dostępu do technik endoskopowych. Podwyższone wartości markerów nowotworowych, niejednoznaczny obraz w badaniu USG, progresja lub przetrwały charakter zmiany są wskazaniem do rozważenia wykonania zabiegu drogą klasyczną. Wg Akkoyun i Gullen punkcja i aspiracja płynu torbieli może być wykonana tylko wtedy, gdy zmiana została wykryta przypadkowo, w trakcie innej procedury chirurgicznej lub w celu zmniejszenia wielkości torbieli przed planowanym zabiegiem operacyjnym [6].

Procedury laparoskopowe pozwalają na identyfikację i usunięcie zmian łagodnych u dorosłych, jakkolwiek kontrowersyjnym pozostaje użycie laparoskopii czy innych technik mało-inwazyjnych w celu leczenia litych guzów jajnika u dzieci [7]. Zabieg laparoskopowy, mimo iż technicznie trudniejszy, skraca

Tabela II. Torbiele i guzy przydatków – rozpoznania histopatologiczne.

Guzy/torbiele łagodne	Liczba rozpoznań histopatologicznych
Torbiel prosta	45
Torbiel dermoidalna	18
Torbiel krwotoczna	16
Torbielakogruczolak/ torbielakogruczolakowłókniak	10
Torbiel okołojajowodowa / punkcja torbieli	9
Torbiel endometrialna	6
Włóknioskootczkowiak	1
Pseudotorbiel	1
Guzy/torbiele złośliwe	Liczba rozpoznań histopatologicznych
Rozrodczak	2
Rak jajnika śluzowy	1
Guz zatoki endodermalnej	1
Guz pęcherzyka żółtkowego	1

czas hospitalizacji, zmniejsza ryzyko powikłań, w tym niepłodności, pozwala zachować większą objętość hormonalnie czynnej tkanki. W przypadku podejrzenia zmiany złośliwej, obligatoryjne jest przeprowadzenie laparotomii zwiadowczej, co umożliwi precyzyjne określenie klinicznego zaawansowania choroby oraz kompletne usunięcie zmiany [4].

Histopatologiczna analiza materiału pooperacyjnego dziewczynki i nastolatki operowanej w II Klinice Ginekologii przedstawiono w tabeli II.

Uzyskane wyniki potwierdzają wcześniejsze informacje, które wskazują na dominującą pozycję łagodnych zmian jajnika w patologii tego narządu [4]. Niemniej jednak należy zachować szczególną ostrożność, a jednocześnie docieklivość kliniczną

Table III. Przyczyny braku miesiączki.

Brak miesiączki	
Bez drugorzędowych cech płciowych	Obecne drugorzędowe cechy płciowe
1. Brak macicy w badaniu przedmiotowym – niedobory enzymatyczne u osób z kariotypem XY.	1. Anomalie anatomiczne: PIERWOTNE: · zespół Mayera- Rokitansky'ego-Küster- Hausera, · zarośnięcie błony dziewiczej, · poprzeczna przegroda pochwy, · wrodzony brak endometrium WTÓRNE: · po przebytych zakażeniach lub zabiegach w obrębie jamy i szyjki macicy (zespół Ashermana, konizacja szyjki).
2. Hipogonadyzm hipergonadotropowy · dysgeneza gonad (zespół Turnera), · nieprawidłowy chromosom X, · mozaicyzm, · czysta dysgeneza gonad (zespół Swyera), · niedobór enzymów biorących udział w syntezie steroidów płciowych, · mutacje receptora gonadotropinowego, · galaktozemia, · uszkodzenie jajników po radioterapii, chemioterapii, autoimmunologiczne, jatrogenne lub w wyniku procesów infekcyjnych i naciekowych.	2. Niewrażliwość na androgeny.
3. Hipogonadyzm hipogonadotropowy · fizjologiczne opóźnienie pokwitania z powodu opóźnienia ponownej aktywacji generatora pulsów GnRH. · zespół Kallmanna, · guzy, zmiany zapalne, naczyniowe lub urazy ośrodkowego układu nerwowego, · czynnościowy niedobór gonadotropin: niedożywienie, zaburzenia wchłaniania, nadmierna utrata masy ciała, anoreksja, nadmierny wysiłek fizyczny, stres, nowotwory, używanie marihuany.	3. Obojnactwo prawdziwe.
	4. Zaburzenia czynności tarczycy.
	5. Hiperprolaktynemia.
	6. Niewydolność jajników występująca po rozwinięciu się drugorzędowych cech płciowych · przedwczesne wygaśnięcie czynności jajników, · radio- i chemioterapia, · zaburzenia ukrwienia jajników w wyniku operacji, · czynniki infekcyjne i autoimmunologiczne, · łagodna postać galaktozemii
	7. Choroby przewlekłe: cukrzyca, choroby nerek, płuc, wątroby.
	8. Uszkodzenia podwzgórza i/lub przysadki mózgowej po rozwinięciu się drugorzędowych cech płciowych.
	9. Nieprawidłowe wydzielanie GnRH przez podwzgórze.

zarówno w obserwowaniu zmian łagodnych jak i podejmowaniu decyzji o zabiegu operacyjnym i jego zakresie. Interwencja, którą przeprowadzimy będzie miała wpływ na przyszły status hormonalny, rodność i jakość życia kobiety.

2. Zaburzenia miesiączkowania i hiperprolaktynemia

Zaburzenia miesiączkowania takie jak: pierwotny brak miesiączki, wtórny brak miesiączki, rzadkie miesiączkowanie, nieprawidłowe krwawienia międzymiesiączkowe, bolesne miesiączkowanie dotyczą nawet 75% populacji dziewcząt [8].

Ich przyczyną jest niedojrzałość osi podwzgórze – przysadka – jajnik, a efektem cykle bezowulacyjne, występujące po pierwszej miesiączce. Brak jajeczkowania może utrzymywać się

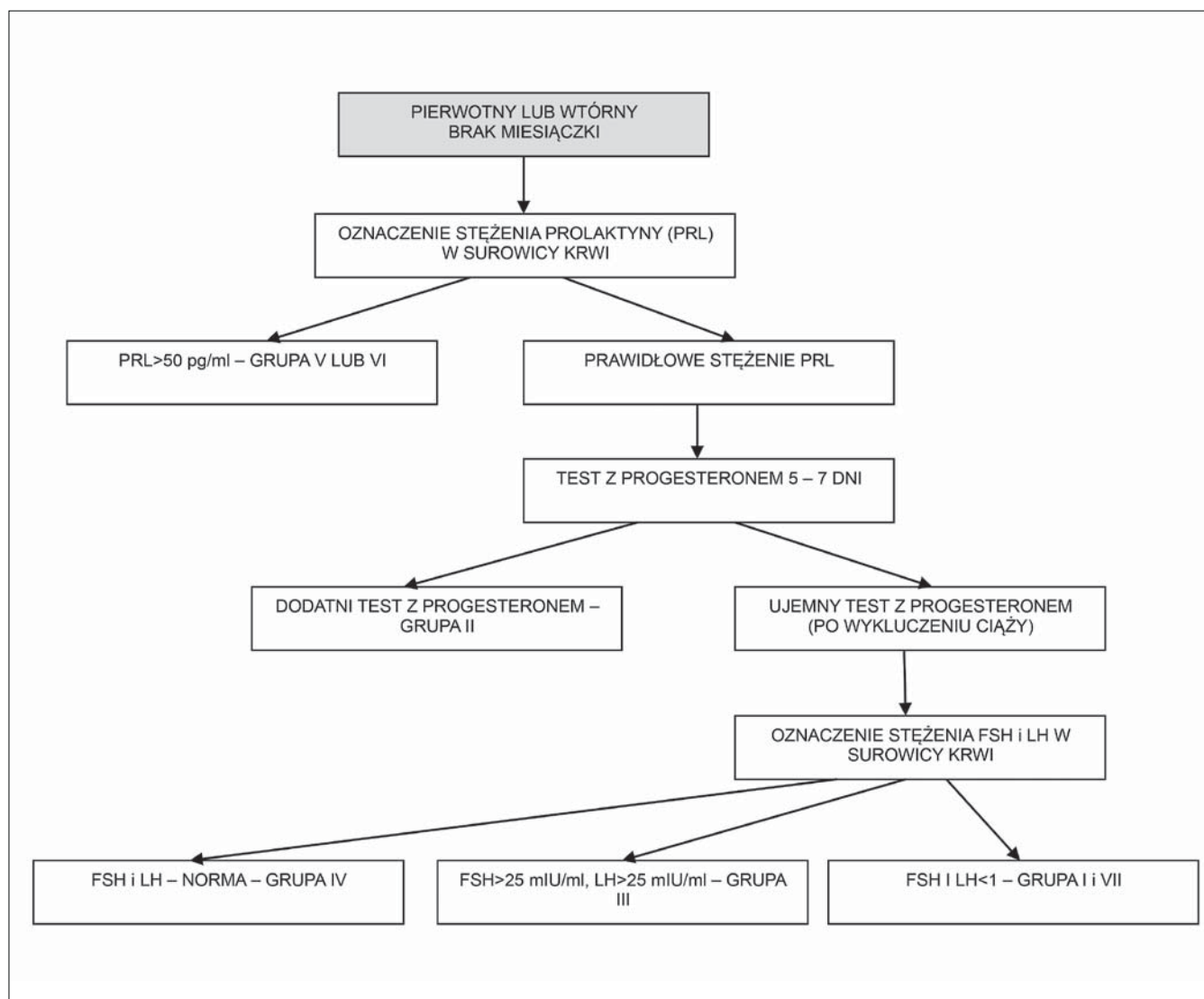
12-18 miesięcy po menarche. Wraz z dojrzewaniem normuje się profil cyklu płciowego, jednak u 25-50% dziewcząt cykle pozostają bezowulacyjne do 4 lat po menarche [8]. Większość tych zaburzeń ma charakter przejściowy. W przypadku braku normalizacji profilu cyklu wymagają szczegółowej diagnostyki w celu określenia ich przyczyny.

Brak miesiączki (amenorrhoea) dotyczy 3-4% kobiet w wieku reprodukcyjnym nie będących w ciąży. Terminem pierwotnego braku miesiączki (*amenorrhoea primaria*) określa się brak krwawień do 16 roku życia, gdy występują drugorzędowe cechy płciowe lub do 13 roku życia jeśli nie obserwuje się drugorzędowych cech płciowych. Wtórny brak miesiączki (*amenorrhoea secundaria*) rozpoznaje się, gdy cykliczne krwawienie nie występuje przez okres 6 miesięcy u kobiety wcześniej miesiączkującej.

Marta Monist et al. Wskazania ginekologiczne do hospitalizacji dziewczynek i młodych kobiet – postępowanie w wybranych przypadkach klinicznych.

Table IV. Wady rozwojowe narządu płciowego u dziewcząt hospitalizowanych w II Klinice Ginekologii UM w Lublinie.

Lp.	Rozpoznanie	Liczba przypadków	Postępowanie
1.	Zarośnięcie błony dziewiczej	9	Nacięcie i plastyka
2.	Agenezja pochwy i macicy (MRKH)	7	Operacja sposobem Vecchietti
3.	Róg szczątkowy macicy	2	Laparoskopia, laparotomia
4.	Macica szczątkowa	1	Obserwacja
5.	Macica podwójna z ropomaciczem i ropniakiem jajowodu	4	Usunięcie jednej macicy i jajowodu
6.	Macica podwójna i przegroda pochwy	3	Usunięcie przegrody pochwy
7.	Macica podwójna, zarośnięcie błony dziewiczej (<i>hematocolpos</i>)	3	Laparoskopia, nacięcie i plastyka
8.	<i>Hematocolpos, hematosalpinx</i>	2	Laparoskopia, nacięcie i plastyka
9.	Macica podwójna, pochwa podwójna, zarośnięcie i ropień pochwy lewej	1	Nacięcie i plastyka, ewakuacja ropnia
10.	Agenezja szyjki macicy. <i>Hematometra, hematosalpinx</i>	1	Laparotomia, amputacja trzonu macicy

**Rycina 1.** Schemat diagnostyki zaburzeń miesiączkowania.

Marta Monist et al. Wskazania ginekologiczne do hospitalizacji dziewczynek i młodych kobiet – postępowanie w wybranych przypadkach klinicznych.

W celu ustalenia przyczyny braku miesiączki w pierwszej kolejności należy sprawdzić obecność drugorzędowych cech płciowych. Ich brak wskazuje, że kobieta nigdy nie była ekspozowana na prawidłowe pobudzenie estrogenowe. W drugiej kolejności należy wykluczyć ciążę (Tabela III).

Rozpoznanie pierwotnego braku miesiączki u osób bez drugorzędowych cech płciowych można postawić posługując się następującym schematem:

- Wywiad i badanie fizykalne (ocena wzrostu, węchu, tarczy nerwu wzrokowego, pola widzenia, mlekotok, informacje o urazach, chorobach systemowych, stresie).
- Ocena poziomu FSH.
- Ocena kariotypu.
- TK lub MRI OUN.
- Leczenie.

Brak miesiączki związany z niewydolnością jajników wymaga substytucji estrogenowo-gestagenowej. Celem leczenia jest rozwój i podtrzymanie drugorzędowych cech płciowych. Dodatkową korzyścią takiej terapii jest profilaktyka osteoporozy. W przypadku guzów OUN leczenie zależy od rodzaju nowotworu. Stosuje się leczenie chirurgiczne, radioterapię, leczenie farmakologiczne z użyciem agonistów dopaminy (gruczolaki typu *prolactinoma*). W niedożywieniu, zaburzeniach wchłaniania, utracie masy ciała, anoreksji, nowotworach i chorobach przewlekłych stosuje się leczenie swoiste, które usuwając chorobę podstawową powoduje wystąpienie miesiączki.

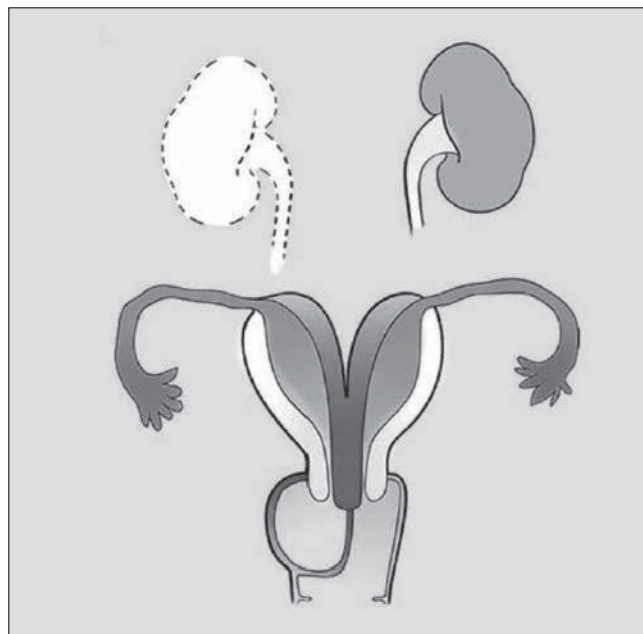
Rozpoznanie pierwotnego braku miesiączki z obecnymi drugorzędowymi cechami płciowymi opiera się w oparciu o:

- Wywiad, badanie fizykalne.
- Wykluczenie nieprawidłowości anatomicznych (HSG, USG, histeroskopia).
- Wykluczenie ciąży.
- Ocena kariotypu.
- Ocena stężenia: TSH, Prolaktyny, FSH, Estrogenów, Androgenów, glukozy.
- TK lub MRI przysadki i podwzgórza.
- Leczenie.

Leczeniem wad anatomicznych jest postępowanie chirurgiczne odpowiednie do typu nieprawidłowości. Po wykluczeniu defektu anatomicznego i ciąży, u kobiet z rozwiniętymi drugorzędowymi cechami płciowymi, należy poszukać innych przyczyn braku miesiączki (nieprawidłowa czynność tarczycy, hiperprolaktynemia, cukrzyca, choroby nerek, płuc, wątroby, przewlekłe infekcje, stres, niedożywienie, nadmierny wysiłek fizyczny czy zaburzenia psychiczne). Zaproponowany przez WHO podział zaburzeń miesiączkowania umożliwia zastosowanie prostego schematu diagnostycznego, dzięki któremu możemy zakwalifikować pacjentkę do jednej z siedmiu grup zaburzeń miesiączkowania i pokierować jej dalszą diagnostyką i leczeniem (Rycina 1, na podst. [9]).

3. Ciąża i jej powikłania

Wiek inicjacji seksualnej obniża się i w populacji dziewcząt i chłopców w Polsce wynosi odpowiednio 19 lat dla dziewcząt i 18 lat dla chłopców. Co piąty 15-16 latek ma już za sobą inicjację seksualną. Połowa populacji odbyła pierwszy stosunek płciowy w wieku 17-19-lat. Odsetek ankietowanych nastolatek deklarujących rozpoczęcie współżycia przed 15 rokiem życia wynosi 7% (w tym 3% dziewcząt) [10].



Rycina 2. Zespół Herlyn-Werner-Wunderlich [19].

Ciąża i jej powikłania były przyczyną hospitalizacji 35 pacjentek (10,47%) w II Klinice Ginekologii. W większości przypadków przyczyną hospitalizacji była ciąża obumarła i/lub konieczność opróżnienia jamy macicy (21 pacjentek – 60%). Wyłyeczowanie przeprowadzono u 19 pacjentek, u kolejnych dwóch stwierdzono poronienie dokonane kompletne. Poronienie zagrażające stwierdzono u 12 dziewcząt, które po krótkiej hospitalizacji i leczeniu zachowawczym, z ciążą zachowaną wypisano do domu. U jednej pacjentki podejrzenie ciąży pozamacicznej zweryfikowano jako ciążę wewnątrzmaciczną, u kolejnej leczono niepowściągliwe wymioty ciężarnych.

Ciąża u nastolatki ciągle stanowi istotny problem zdrowia publicznego, a także obciążenie emocjonalne i społeczne dla młodej matki, jej dziecka i rodziny. Według badań Nunez-Urgiza 22,73% ciąż nastolatek jest nieplanowana [11]. Około 30% amerykańskich nastolatek w wieku 15-19 lat to ciężarne, 5% urodziło dziecko, 3% poddało się zabiegowi przerwania ciąży, a 1% poroniło lub urodziło martwe dziecko [11, 12]. Około 12-49% nastoletnich matek, które urodziły zajdzie w kolejną ciążę w ciągu roku od pierwszego porodu, co zwiększa ryzyko porodu przedwczesnego lub martwego urodzenia płodu aż trzykrotnie [13, 14]. W Polsce o współżyciu lub ciąży u nieletniej (poniżej 15. roku życia) należy poinformować organy ścigania, ponieważ czyn taki nosi znamiona przestępstwa i podlega karze (Kodeks Karny, art.200).

4. Wady wrodzone narządu rodowego u dziewcząt

Wady rozwojowe narządów płciowych dotyczą 7-10% kobiet [15]. Powstają w wyniku zaburzeń rozwojowych przewodów Müllera polegających na niepołączeniu się ich z zatoką moczową – płciową lub niewytworzeniu się właściwego światła w górnej części pochwy i macicy wskutek resorpcji komórek środkowej części pochwy i przegrody między złączonymi przewodami Müllera [16]. Ze względu na różnorodność i złożoność wad żeńskie-

go narządu płciowego Amerykańskie Towarzystwo Płodności wyróżnia 7 podtypów klinicznych [17].

Większość wad rozwojowych narządu płciowego jest bezobjawowa. Wady takie jak zarośnięcie błony dziewiczej, agenezja szyjki macicy, czy róg szczątkowy niekomunikujący z funkcjonalnym endometrium często dają objawy ostre i wymagają interwencji chirurgicznej już kilka miesięcy po *menarche*. W tej grupie pacjentek odsetek niepowodzeń położniczych jest wyższy. Poronienia nawykowe występują z częstością 5-10%, a odsetek poronień późnych i porodów przedwczesnych wynosi >25% [16].

W diagnostyce wad rozwojowych narządu płciowego zastosowanie mają badania obejmujące ocenę pochwy i szyjki macicy – waginoscopia, ultrasonografia przezbrzuszną lub przezodbytniczą, a zwłaszcza obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego (MRI), które umożliwia ocenę zarówno struktur układu płciowego jak i moczowego, ze względu na fakt, że wadom rozwojowym narządu płciowego często towarzyszą nieprawidłowości układu moczowego (tzw. MDA – *Müllerian and mesonephric duct anomalies*) [18]. Przykładem takiego zaburzenia jest zespół Herlyn-Werner-Wunderlich polegający na występowaniu podwójnej macicy, podwójnej pochwy z zarośnięciem jednej oraz agenezji nerki po stronie zarośniętej pochwy. Przy braku możliwości wykonania MRI należy rozważyć urografię. Badanie to ma mniejszą wartość diagnostyczną, ale w tych przypadkach należy je wykonać jako niezbędne minimum. U dziewcząt z pierwotnym brakiem miesiączki należy zawsze oznaczyć kariotyp w celu wykluczenia zespołu niewrażliwości na androgeny – AIS (zespół Morrisa), czy dysgenezję gonad (zespół Swyera).

W materiale Kliniki najczęstszą wadą rozwojową narządu płciowego było zarośnięcie błony dziewiczej i *hematocolpos*. U trzech dziewcząt zarośnięciu błony dziewiczej towarzyszyła wada w postaci macicy podwójnej – tabela IV.

Macicę podwójną wykrywa się u około 8-10% pacjentek z wadami wrodzonymi narządu płciowego. Przyczyną powstania tej wady rozwojowej jest niepołączenie się przewodów Müllera, czego rezultatem jest zdwojenie trzonu i szyjki macicy [16]. U pewnego odsetka pacjentek stwierdza się niedrożność jednej pochwy oraz agenezję lub dysplazję jednej nerki (1:2000 do 1:28000 przypadków), tzw. zespół Herlyn-Werner-Wunderlich lub zespół OHVIRA (*obstructed hemivagina and ipsilateral renal anomaly*), rycina 2.

Badanie MRI pozwala na przeprowadzenie diagnostyki różnicowej a leczenie polega na chirurgicznym udrożnieniu zarośniętej pochwy [19]. Należy podkreślić, że w przypadku pacjentek, u których wywiad wskazuje na wadę rozwojową narządu płciowego diagnostyczna laparoscopia nie powinna być wykonywana przed uzyskaniem wyniku MRI.

Integralną częścią procesu diagnostyczno-terapeutycznego dziewcząt z wadami narządu płciowego jest informowanie rodziców/opiekunów o istocie schorzenia i możliwych w przyszłości konsekwencjach dla płodności. Hua i wsp. ocenili wyniki położnicze 203 kobiet z wadami wrodzonymi macicy i stwierdzili, że ciąży u takich pacjentek obciążone są wyższym ryzykiem poronień, porodów przedwczesnych, przedwczesnych pęknięć błon płodowych, nieprawidłowego położenia płodu i rozwiązań za pomocą cięcia cesarskiego [20]. Ponadto potwierdzili wyższe ryzyko wystąpienia łożyska przodującego, przedwczesnego odklejenia się łożyska i nieprawidłowego wzrastania wewnątrzmacicznego płodu.

5. Krwawienia młodocianych i nieprawidłowe krwawienia z dróg rodnych

Spośród pacjentek hospitalizowanych w II Klinice Ginekologii, 15 (4,5 %) zgłosiło się z powodu krwawienia młodocianych. Pięć z nich wymagało przetoczenia koncentratu krwinek czerwonych (2 - 3 j), dwie pacjentki wyłyżeczkowano, uzyskując identyczny wynik badania histopatologicznego – *endometrium partim hyperplasticum*, u 9 pacjentek wdrożono terapię hormonalną uzyskując poprawę.

W grupie młodocianych pacjentek najczęstszą przyczyną hospitalizacji z powodu nieprawidłowych krwawień z dróg rodnych są krwawienia czynnościowe (bez uchwytnej przyczyny organicznej). Krwawienia młodocianych należy różnicować z innymi nieprawidłowymi krwawieniami z dróg rodnych metodą wykluczenia.

Krwawienia młodocianych to obfite krwawienie z macicy, często trwające ponad 10 dni, pozostające bez związku z inną patologią narządu płciowego i chorobami ogólnoustrojowymi, przebiegające z utratą krwi >80 ml (przy normie do 30ml). Krwawienia młodocianych mają charakter przejściowy i ustępują zwykle do 5 lat od *menarche* [21]. W badaniach przeprowadzonych na ponad 600 nastolatkach wykazano, że u 67% z nich miesiączki występowały regularnie (co 21-45 dni) po dwóch latach od rozpoczęcia krwawień, u 5% krwawienia miesiączkowe były dłuższe niż 7 dni, a u 0,5% dłuższe niż 10 dni.

Postawienie rozpoznania krwawień młodocianych umożliwia zebranie dokładnego wywiadu, dotyczącego rytmu i charakteru krwawień, chorób towarzyszących czy obciążeń genetycznych. Badanie fizykalne obejmuje ocenę wysokości i masy ciała, stopnia odżywienia, wyglądu skóry, gruczołów piersiowych i tarczycy. Należy przeprowadzić badanie ginekologiczne (u dziewcząt badanie *per rectum*), z oceną przydatków i macicy. Uzupełnieniem diagnostyki jest wykonanie badania ultrasonograficznego narządów miednicy mniejszej.

Diagnostyka różnicowa krwawień w okresie dojrzewania ma na celu wykluczenie innych patologii manifestujących się krwawieniem z narządu rodowego, między innymi:

- Krwawienia związane z obecnością ciąży (poronienie, ciąża pozamaciczna, ciążowa choroba trofoblastyczna).
- Zaburzenia układu krzepnięcia (ch. von Willebranda, trombocytopenia, hemofilia, białaczki i inne choroby hematologiczne, choroby nerek i wątroby).
- Choroby układu dokrewnego (nadczynność i niedoczynność tarczycy, wrodzony przerost nadnerczy, choroba Cushinga, hiperprolaktynemia, PCOS, Zespół Turnera, cukrzyca)
- Przyjmowanie niektórych leków: OC, androgeny, antykoagulanty)
- Stany zapalne lub nowotworowe układu moczowo-płciowego
- Zmiany organiczne w narządzie rodym: polipy, mięśniaki, włókniaki, guzy, ciała obce w pochwie
- Urazy narządu rodowego (przemoc seksualna) [21, 1, 22].

Nieprawidłowe krwawienia z dróg rodnych, których przyczyną są zaburzenia krzepnięcia krwi stanowią od 3 do 19% przypadków. Spośród nich 5-36% stanowi choroba von Willebranda, 2-44% wrodzone lub nabyte zaburzenia funkcji płytek krwi. Chorobę von Willebranda należy rozpoznać, kiedy poziom czynnika VWF (*Von Willebrand Factor*) jest mniejszy niż 30 IU/dL [21, 23].

Marta Monist et al. Wskazania ginekologiczne do hospitalizacji dziewczynek i młodych kobiet – postępowanie w wybranych przypadkach klinicznych.

Leczenie krwawień młodocianych polega na zastosowaniu suplementacji estrogenowo-progesteronowej, regeneracji prawidłowej funkcji i struktury błony śluzowej macicy oraz leczeniu indukującym owulację. Schemat terapeutyczny zależy od nasilenia krwawienia i stężenia hemoglobiny w surowicy krwi, która jest pojedynczym parametrem kwalifikującym pacjentki do 3 grup krwawień (o łagodnym, umiarkowanym i ciężkim nasileniu) [22, 23].

6. Aspekty prawne udzielania świadczeń zdrowotnych w ginekologii dziecięcej i dziewczęcej

Ginekologia dziecięca i dziewczęca jest dziedziną medycyny, która wymaga od ginekologa znajomości prawa. Rozpoczynając od świadomej zgody na badanie podmiotowe i przedmiotowe nieletniej pacjentki, poprzez zgodę na podjęcie interwencji zabiegowej (szczególnie w sytuacjach nagłych i zagrożenia życia), do oceny ginekologicznej w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka, przemocy lub wykorzystywania seksualnego. Kolejnym zagadnieniem jest obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wymóg prawny zawiadomienia o przestępstwie popełnionym wobec dziecka.

Badanie ginekologiczne pacjentki małoletniej powinno zostać przeprowadzone przez doświadczonego lekarza specjalistę położnika – ginekologa, najlepiej takiego, który zajmuje się ginekologią dziecięcą, z zachowaniem zasad należytej staranności. Warto zapamiętać, że przebieg pierwszej wizyty może wpłynąć na zachowania prozdrowotne pacjentki w jej późniejszym życiu.

Konwencja o prawach dziecka z 20.XI. 1989 roku [24] stanowi, że małoletni mają prawo do ochrony i opieki zdrowotnej, mogą swobodnie wypowiadać swoje poglądy, a ich zdanie powinno być uwzględniane w procesie leczenia, biorąc pod uwagę wiek i stopień dojrzałości.

W prawie polskim nie ma osobnych przepisów dotyczących badania ginekologicznego nieletniej pacjentki, dlatego stosuje się ogólne zasady badania osób nieletnich, zawarte w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry [25]. Badanie powinno być przeprowadzone za zgodą pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego. Małoletni przed ukończeniem 16. roku życia nie wyrażają zgody osobiście, wyraża ją natomiast przedstawiciel ustawowy (opiekun prawny lub opiekun faktyczny). Jest to tzw. zgoda zastępcza. Po ukończeniu 16. roku życia, a przed ukończeniem 18. roku wymagana jest zgoda zarówno pacjentki jak i przedstawiciela ustawowego (tzw. zgoda kumulatywna), przy czym zgoda pacjentki jest warunkiem koniecznym do przeprowadzenia badania ginekologicznego. W przypadku odmiennego stanowiska pacjentki i opiekuna ustawowego wszelkie działania medyczne powinny zostać zawieszane, a podstawą działania lekarskiego powinna być decyzja sądu opiekuńczego. Kolejną trudną, z prawnego punktu widzenia, jest sytuacja konieczności natychmiastowego podjęcia czynności medycznych wobec braku opiekuna prawnego lub niemożność wyrażenia skutecznej prawnie decyzji przez pacjentkę małoletnią. Można wówczas podjąć interwencję w oparciu o zgodę opiekuna faktycznego (osoba sprawująca opiekę w sytuacji nieobecności opiekuna prawnego) lub decyzję sądu opiekuńczego [26].

Nie jest wymagana żadna zgoda na podjęcie czynności medycznych w przypadku gdy jakakolwiek zwłoka związana z uzyskaniem zgody na leczenie będzie groziła utratą życia, ciężkim

uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia małoletniej pacjentki. Wówczas lekarz ma obowiązek zasięgnąć opinii drugiego specjalisty, najlepiej tej samej specjalności i niezwłocznie poinformować o podjętych działaniach medycznych opiekuna faktycznego, prawnego lub sąd opiekuńczy.

Zagadnienie tajemnicy lekarskiej reguluje artykuł 40 ustawy o zawodzie lekarza. Cennym i niezbędnym uzupełnieniem wiedzy prawnej położnika-ginekologa są rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące badania ginekologicznego i leczenia osoby małoletniej oraz postępowania w przypadku podejrzenia wykorzystania seksualnego osoby małoletniej [26, 27].

Poszerzenie zagadnień prawnych dotyczących postępowania z osobami małoletnimi odnaleźć można w najnowszej publikacji pod redakcją prof. Violetty Szkrzypulec-Plinty i Agnieszki Droszdol-Cop [28].

Wnioski

Dziewczynki i młode kobiety nie są częstymi pacjentkami hospitalizowanymi w oddziałach ginekologicznych. Jako pacjentki stanowią wyzwanie kliniczne szczególnej wagi. Właściwe rozpoznanie oparte na zastosowaniu zaawansowanych technik diagnostycznych oraz nowoczesne metody farmakoterapii warunkują końcowy sukces terapeutyczny.

Oświadczenie autorów:

1. Marta Monist – Zbieranie danych klinicznych, przygotowanie manuskryptu i piśmiennictwa - autor zgłaszający i odpowiedzialny za manuskrypt.
2. Aleksandra Bartuzi – zbieranie danych klinicznych, korekta i aktualizacja literatury, korekta i akceptacja ostatecznego kształtu manuskryptu.
3. Piotr Olcha – zbieranie danych klinicznych, korekta i akceptacja ostatecznego kształtu manuskryptu.
4. Jacek Tomaszewski – korekta i akceptacja ostatecznego kształtu manuskryptu.
5. Beata Kulik-Rechberger – współautor tekstu pracy, korekta i akceptacja ostatecznego kształtu manuskryptu.
6. Tomasz Rechberger – autor koncepcji i założeń pracy, przygotowanie manuskryptu, korekta i akceptacja ostatecznego kształtu manuskryptu.

Źródło finansowania:

Praca nie była finansowana przez żadną instytucję naukowo-badawczą, stowarzyszenie ani inny podmiot, autorzy nie otrzymali żadnego grantu.

Konflikt interesów:

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów i nie otrzymali żadnego wynagrodzenia związanego z powstawaniem pracy.

Marta Monist et al. *Wskazania ginekologiczne do hospitalizacji dziewczynek i młodych kobiet – postępowanie w wybranych przypadkach klinicznych.***Piśmiennictwo**

1. Fisher M, Lara-Torre E. Update on key topics in adolescent gynecology. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2013, 26 (1), 51-57.
2. Skalba P. Dojrzwianie płciowe. W: Endokrynologia ginekologiczna. Red. Żakowska Z. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL. 1998, 223-224.
3. Skinner MA, Schlatter MG, Heifetz SA, Grosfeld JL. Ovarian neoplasms in children. *Arch Surg.* 1993, 128 (8), 849-853.
4. Al Jama FE, Al Ghamdi AA, Gasim T, [et al.]. Ovarian tumors in children and adolescents - A clinical study of 52 patients in a university hospital. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2011, 24, 25-28.
5. Tomaszewski J. Torbiele jajników u dziewcząt w okresie przedpokwitaniowym i po menarcho. W: Zagadnienia z ginekologii dziecięcej i dziewczęcej. Red. Skrzypulec-Plinta V, Radowski S. Bielsko Biata: Medical Projekt Poland. 2011, 251-277.
6. Akkoyun I, Gullen S. Laparoscopic cystectomy for the treatment of benign ovarian cysts in children: an analysis of 21 cases. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2012, 25, 364-366.
7. von Allmen D; Malignant lesions of the ovary in childhood. *Semin Pediatr Surg.* 2005, 14 (2), 100-105.
8. Slap GB. Menstrual disorders in adolescence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2003, 17 (1), 75-92.
9. Wolczyński S. Czynniki jajnikowy niepłodności. W: Niepłodność i rozród wspomagany. Red. Radwan J, Wolczyński S. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne. 2011, 82-84.
10. http://aids.gov.pl/files/kontra/KONTRA_3_2008.pdf, (dostęp z dnia 15.07.2012).
11. Malabarey OT, Balayla J, Klam SL, [et al.]. Pregnancies in young adolescent mothers: a population-based study on 37 million births. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2012, 25 (2), 98-102.
12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vital signs: teen pregnancy-United States, 1991-2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2011, 60, 414-420.
13. Smith GC, Pell JP. Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with first and second births: population based retrospective cohort study. *BMJ.* 2001, 323 (7311), 476.
14. Horgan RP, Kenny LC. Management of teenage pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2007, 9, 153-158.
15. Grimbizis GF, Campo R. Congenital malformations of the female genital tract: the need for a new classification system. *Fertil Steril.* 2010, 94 (2), 401-407.
16. Speroff L, Fritz MA. *Kliniczna Endokrynologia Ginekologiczna i Niepłodność.* Warszawa. 2007, 148-153.
17. The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, mullerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil Steril.* 1988, 49, 944-955.
18. Vallerie AM, Breech LL. Update in Müllerian anomalies: diagnosis, management, and outcomes. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2010, 22 (5), 381-7.
19. Sen KK, Balasubramaniam D, Kanagaraj V. Magnetic resonance imaging in obstructive Müllerian anomalies. *J Hum Reprod Sci.* 2013, 6 (2), 162-164.
20. Hua M, Odibo AO, Longman RE, [et al.]. Congenital uterine anomalies and adverse pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2011, 205 (6), 558.e1-5.
21. Skrzypulec-Plinta V, Drosdzol-Cop A. Krwawienia młodocianych u dziewcząt – diagnostyka, postępowanie. W: Wybrane zagadnienia z ginekologii dziecięcej i dziewczęcej. Red. Skrzypulec-Plinta V, Radowski S. Bielsko-Biata: Medical Projekt Poland. 2011, 133-144.
22. Boswell HB. The adolescent with menorrhagia: why, who, and how to evaluate for a bleeding disorder. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2011, 24, 228-230.
23. Rekomendacje PTG dotyczące postępowania w zaburzeniach miesiączkowania u dziewcząt. *Ginekologia po Dyplomie*, Wyd. Spec. 2009, 09, 128-132.
24. Konwencja o prawach dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20. listopada 1989 r. Dz. U. 1991, nr 120 poz. 526.
25. Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz. U. z 2005 r. Nr 28, poz. 152 ze zmianami).
26. Sowińska-Przepiera E, Jarząbek-Bielecka Grażyna, Andrysiak-Mamos Elżbieta, [et al.]. Wybrane aspekty prawne w ginekologii wieku rozwojowego. *Ginekol Pol.* 2013, 84,131-136.
27. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego 2008-2009. *Ginekologia po Dyplomie*. 2009. IX. 01 Wydanie Specjalne.
28. Skrzypulec-Plinta V, Drosdzol-Cop A. (red). Wybrane aspekty prawne w ginekologii dziecięcej i dziewczęcej. Bielsko-Biata: Medical Projekt Sp. z o.o., 2014.