Krwawienia po stosunku (Post-Coital Bleeding, PCB)
10 pytań i komentarze (klucz do odpowiedzi na końcu tekstu)
10/25

1. Pacjentka l.43 z plamieniami kontaktowymi (PCB), po penetracyjnym współżyciu od około 4 miesięcy, żółtawymi upławami, bólem w obrębie miednicy przy penetracji w określonych pozycjach (dyspareunia głęboka), bolesnymi miesiączkami. Dolegliwości rozpoczęły się po powrocie do współżycia pół roku temu, po dłuższej przerwie, w nowym związku.
Wyniki badań: cytologia płynna (Liquid-based cytology, LBC) 6 miesięcy temu, wynik ujemny (Negative for intraepithelial lesion or malignancy, NILM), pobrano dla weryfikacji HPV HR (wynik ujemny). Test ciążowy (-) ujemny.
W badaniu ginekologicznym: w pochwie tlenowa (pH<4,7) kremowa wydzielina (Aerobic vaginitis, AV), macica bolesna przy poruszaniu.
Badanie usg narządu rodnego: bez nieprawidłowości, 25 mm wolnego płynu (10 dzień cyklu).
Jakie powinno być dalsze postępowanie u tej pacjentki?

a. Pobraniu wymazu z kanału szyjki macicy w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową (Sexually transmitted infections, STIs) z oczekiwaniem na wynik (metoda PCR oczekiwanie 3 tygodnie). Włączenie leczenia antybiotykami jeśli wynik Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae lub Trichomonas vaginalis będzie dodatni.

b. Skierowaniu pacjentki do szpitala w celu pogłębionej diagnostyki w kierunku zapalenia wyrostka robaczkowego.

c. Zalecenie współżycia z użyciem prezerwatywy.

d. Włączenie leczenie zapalenia miednicy (Pelvic inflammatory disease, PID) obojgu partnerom, zgodnie z obowiązującymi standardami. Należy wykonać test ciążowy i zaproponować badania laboratoryjne w kierunku innych chorób przenoszonych drogą płciową (m.inn. HIV, WR). Po upływie minimum miesiąca od zakończenia leczenia pobranie wymazu z szyjki macicy w celu potwierdzenia wyleczenia (Test of cure, TOC).

e. Pobranie wymazu z szyjki macicy w celu oceny wirusów brodawczaka ludzkiego, typów onkogennych (Human papilloma virus high risk, HPV HR).

Komentarz:
Krwawienia kontaktowe (PCB) bywa objawem zapalenia miednicy PID, choćby pod postacią zapalenia endometrium. Zazwyczaj ma związek z nowym partnerem seksualnym. Infekcje przenoszone drogą płciową (STIs), np. rzeżączka, chlamydia czy rzęsistek, stanowią ok. 25 - 50% przyczyn PID, spektrum innych patogenów jest szerokie, ale 85% to infekcje bakteryjne. Leczenie powinno być podjęte na podstawie objawów klinicznych: ból podbrzusza, upławy, nieprawidłowe krwawienia, w tym PCB czy dyspareunia głęboka (ból miednicy przy penetracji). Cechy PID w badaniu ginekologicznym to ból podbrzusza przy poruszaniu szyjką macicy i /lub macica i/lub jajniki bolesne przy ucisku oraz nieprawidłowa wydzielina z szyjki macicy (ropna, obfita) lub plamienie z szyjki po dotknięciu (kruchość naczyń nabłonka gruczołowego). Badanie usg narządu rodnego ma wykluczyć inne przyczyny dolegliwości. Postępowanie zaczyna się od wykonania testu ciążowego (także u kobiety posiadającej wkładkę w macicy), zaproponować pacjentce badanie laboratoryjne w kierunku innych chorób przenoszonych drogą płciową. Leczeniem pierwszego rzutu, zgodnie z zasadami Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines (2021) jest doustnie Doksycyklina z Metronidazolem przez 14 dni oraz dodatkowo pojedyncza iniekcja Ceftriaksonu. Rekomendowane jest leczenie partnera seksualnego pojedynczą dawką Cefiksymu. Po minimum 30 dniach (optymalnie po 3 miesiacach) od zakończenia leczenia należy wykonać wymaz z szyjki macicy w celu wykluczenia STIs, jeśli nie wykluczono przed leczeniem.

2. Kobieta l.38 zgłasza PCB od 3 lat, bez względu na fazę cyklu, od 2 lat dodatkowo plamienia śródcykliczne. Przez 20 lat stosowała doustną tabletkę antykoncepcyjną (DTA), z powodu plamień 1 rok temu została odstawiona, założono wkładkę domaciczną Mirenę, co po przejściowym nasileniu plamień (okołomiesiączkowo) nie wpłynęło na zmniejszenie się plamień śródcyklicznych i PCB. Nie rodziła, nie przechodziła zabiegów ginekologicznych. W badaniu ginekologicznym we wziernikach nadżerka prawdziwa, brocząca w tylnym sklepieniu pochwy (jak po otarciu wziernikiem), macica niebolesna przy poruszaniu, w pochwie prawidłowa wydzielina
Inne wyniki badań: HPV HR nie wykryto, wykonano dodatkowo LBC (NILM), test ciążowy ujemny. W badaniu usg narządu rodnego widoczna Mirena w prawidłowej lokalizacji, bez nieprawidłowości.
W ramach prawidłowego postępowania u tej pacjentki, należy:

a. Usunąć Mirenę aby wykluczyć możliwą przyczynę plamień.

b. Obejrzeć jamę ustną i skórę (ewentualne ogniska liszaja płaskiego) w związku z podejrzeniem Lichen planus w pochwie jako przyczyny plamień. Włączenia leczenia miejscowego (Hydrokortyzon 25 mg gałka robiona do pochwy przez 4 miesiące, w zmniejszających się dawkach). Wizyta kontrolna po leczeniu z potwierdzeniem remisji dolegliwości i ustąpieniem krwawiącej nadżerki w pochwie.

c. Wykonać krioterapię nadżerki prawdziwej w sklepieniu pochwy (po otarciu wziernikiem zapewne doszło do uszkodzenia śluzówki).

d. Podjąć próbę terapii estrogenem dopochwowym u pacjentki, która w wywiadzie długo przyjmowała antykoncepcję hormonalną.

e. Włączyć antybiotyk doustnie (Doksycyklina 2xdziennie przez 7 dni) w związku z podejrzeniem zapalenia endometrium u pacjentki, która ma wkładkę domaciczną.

Komentarz

Krwawiąca nadżerka w pochwie może być przyczyną plamień kontaktowych i śródcyklicznych. Długi wywiad może wskazywać na przewlekłe drażnienie (np. przy noszeniu pessara), erozję siatki czy taśmy po operacji zaburzeń statyki narządu rodnego, raka pochwy, liszaja płaskiego (jak u tej pacjentki) czy endometriozę (wówczas raczej plamienia przed czy pomiesiączkowe niż śródcykliczne i kontaktowe). Młody wiek u pacjentki nie wskazuje na raka pochwy, ale należałoby pobrać wycinek, gdyby nadżerka nie ustąpiła po 4 miesiącach leczenia dopochwowego gałkami z Hydrokortyzonem (robione, 25mg na noc, co miesiąc zmniejszając dawkę od 1/dz, co 2-gi dzień, 2/tydz. i przez ostatni miesiąc 1/tydz.) w terapii liszaja płaskiego w pochwie (Vulvovaginal Lichen Planus, VVLP). U tej pacjentki w oglądaniu jamy ustnej potwierdzono wybroczyny na śluzówce wewnętrznej strony policzka prawego i dyskretne cechy białawej, koronkowej siateczki Wickhama, co jest patognomoniczne dla liszaja płaskiego. Ogniska nadżerkowego liszaja płaskiego w pochwie mogą mieć różny obraz kliniczny, najczęściej jako nieaktywne rumienie, broczące rumienie, liczne nadżerki z błoniastymi zrostami w pochwie (u pacjentki, która nie współżyje), czasem w postaci pojedynczej nadżerki. Najczęściej VVLP w pochwie współistnieje z ogniskami liszaja na sromie, ale może manifestować się wyłącznie w pochwie. Liszaj płaski jest chorobą autoimmunologiczną, utrzymuje się na błonach śluzowych najczęściej do 5 lat, ale może przewlekle.

3. Pacjentka l. 29 zgłosiła się z plamieniem w trakcie i po stosunku od 1 roku z towarzyszącą dyspareunią powierzchowną pod postacią pieczenia sromu przy penetracji. Obecnie plamienie występuje przy każdej penetracji, nie ma znaczenia częstość współżycia czy pozycja przy stosunku. Pozostaje w stałym związku, współżyje z prezerwatywą. Od kilku miesięcy jest na diecie bezglutenowej z powodu rozpoznanej celiakii (potwierdzone gastroskopią z pobraniem wycinków), miała biegunki z redukcją masy ciała i epizod ciężkiej depresji. Od roku przyjmuje leki przeciwdepresyjne (Escitalopram).
Badanie ginekologiczne: srom, pochwa, szyjka macicy i wydzielina w pochwie były prawidłowe.
Badania dodatkowe: pobrano HPV HR ujemne, LBC NILM; test ciążowy ujemny. W badaniu dwuręcznym macica niebolesna przy poruszaniu, usg narządu rodnego bez odchyleń od normy, w 5 dniu cyklu endometrium grubości 5 mm, bez unaczynienia.
Jakie dodatkowe postępowanie byłoby uzasadnione, żeby znaleźć przyczynę PCB u tej pacjentki?

a. Po badaniu we wziernikach należy jeszcze raz sprawdzić srom, dół łódkowaty, czy założenie wziernika nie spowodowało obrażeń. Jeśli nie widać nadżerek, cech plamienia, rozsunąć palcami dół łódkowaty, potrzeć wacikiem czy nie uda się mechanicznie spowodować szczeliny. Jeśli pojawi się plamiąca nadżerka w dole łódkowatym, należy podejrzewać liszaja płaskiego nadżerkowego na sromie. Ocena jamy ustnej i skóry. Leczenie maścią ze sterydem przez 4 miesiące (ze zmniejszającą się częstością co miesiąc) spowoduje ustąpienie PCB u 90% pacjentek z liszajem płaskim, co należy potwierdzić na wizycie kontrolnej po 4 miesiącach, diagnozę stawiamy na podstawie obrazu klinicznego i z wyników leczenia, "ex iuvantibus".
b. Poprosić, aby psychiatra zmienił SSRI na inny. W niektórych przypadkach leki z tej grupy powodują plamienia śródcykliczne.
c. Pobrać wymaz z szyjki macicy w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową (STI)
d. Wykonać histeroskopię (najkorzystniej ambulatoryjną) bez konieczności rozszerzania szyjki, żeby nie przeoczyć dyskretnych zmian w kanale szyjki i cieśni macicy.
e. Wszystkie powyższe działania są uzasadnione, w sekwencji a. do d.

Komentarz

Stosunkowo często w rutynowym badaniu ginekologicznym i usg narządu rodnego (tuż po miesiączce) nie udaje się znaleźć przyczyny plamień po stosunku. Warto zacząć badanie od usg, po czym przeprowadzić wziernikowanie pochwy i badanie dwuręczne. Na koniec, przy

braku ewidentnych przyczyn powrócić do oceny sromu, rozszerzając i pocierając w dole łódkowatym wacikiem, próbując uzyskać nadżerkę mechaniczną, czasem plami strzępek błony dziewiczej. Plamiąca szczelina mechaniczna ma zazwyczaj jakąś przyczynę, najczęściej jest to liszaj płaski, rzadziej twardzinowy na sromie a szczelina może być jedynym objawem. Leczenie sterydowe (maść wcierana w obmyty srom) jest najczęściej skuteczne, aczkolwiek zmiany występują nawrotowo. Jeśli nie ma objawu szczeliny mechanicznej, warto wrócić do oceny STI. Należy pobrać wymaz z szyjki do oceny cytologii płynnej, nawet jeśli aktualny wynik HPV HR jest ujemny (pobrać materiał szczotką z systemem dokanałowym). Rzadko u młodej kobiety zdarza się rak szyjki macicy w kanale. Ostatecznie, należy wykonać histeroskopię, w celu wykluczenia polipa endometrialnego (jak „koci język", słabo obrazuje się w usg). U pacjentek przyjmujących SSRI może się zdarzać objaw uboczny w postaci plamienia śródcyklicznego, raczej nie krwawienia kontaktowego.

4. Pacjentka l. 33 zgłosiła się do ginekologa celem wizyty przesiewowej, w wywiadzie podała epizodyczne występowanie PCB. Wykonano rozmaz z szyjki, potwierdzono HPV HR typ 18(+), LBC: ASC-H. W tym samym czasie pacjentka przestała przyjmować doustne tabletki antykoncepcyjne (stosowała przez 11lat), przygotowując się do ciąży ze swoim partnerem. Do tej pory nie była w ciąży oraz test ciążowy obecnie jest ujemny.
Ambulatoryjnie miała wykonaną kolposkopię zabiegową z łyżeczkowaniem kanału szyjki macicy (Endocervical curettage, ECC), w wyniku histopatologicznym: powierzchownie inwazyjny rak płaskonabłonkowy z ogniskiem gruczolakoraka szyjki macicy (Cervical Adenosquamous Carcinoma, CASC). Biopsja szyjki macicy z godziny 1 wykazała raka płaskonabłonkowego naciekającego, z godziny 7 wykazała minimalne ognisko gruczolakoraka.
W kolejnym etapie wykonano konizację, która wykazała naciekającego, słabo zróżnicowanego CASC (największa średnica guza 9,3 mm z głębokością inwazji 6,7 mm). Nie było naciekania naczyń, marginesy były małe ale ujemne, ale ECC wykazało drobne fragmenty guza.
Obraz MRI pokazał szyjkę macicy ze zmianami regeneracyjnymi po biopsji sięgającymi do 0,9 cm od ujścia wewnętrznego. Nie potwierdzono widocznego guza, całkowita długość szyjki macicy wynosi 3,3 cm.
Następnie wykonano tomografię komputerową klatki piersiowej, brzucha i miednicy, która nie wykazała odległych przerzutów.
W wieku 21 lat pacjentka otrzymała szczepionkę Gardasil-9, nie pali papierosów.

Które twierdzenie w kontekście tego przypadku jest prawdziwe:

a. Każdy przypadek PCB wymaga wykluczenia raka szyjki macicy (HPV HR, LBC)

b. Szczepienie p/HPV nie wyklucza możliwości przetrwałej infekcji HPV typ 18, szczególnie jeśli infekcja była nabyta przed przyjęciem szczepionki, niemniej szczepienie p/HPV stanowi najskuteczniejszą profilaktykę raka szyjki macicy.

c. Opcją standardowego leczenia pacjentki w stadium IB1, która potrzebuje leczenia oszczędzającego płodność, byłaby radykalna trachelektomia z biopsją wartowniczych węzłów chłonnych miednicy (obustronnie).

d. Po 3-4 tygodniach po przeprowadzeniu ostatecznego leczenia zalecono realizację planów koncepcyjnych (w sposób naturalny bądź IVF).

e. Wszystkie odpowiedzi są prawidłowe.

Komentarz

Krwawienie kontaktowe występuje u 9% kobiet, bywa objawem inwazyjnego raka szyjki macicy (do 5% przypadków PCB), jednak u większości młodych kobiet z PCB nie występuje nowotwór złośliwy. Wiedza na temat badania i postępowania w przypadku PCB jest niezbędna do zapewnienia optymalnej opieki i bezpieczeństwa pacjentek. Ocena HPV HR z LBC (badanie pobrane szczotką z systemem dokanałowym, szczególnie gdy granica miedzynabłonkowa znajduje się w kanale) i test ciążowy u kobiety przed menopauzą stanowią podstawę diagnostyki u pacjentki z PCB. Część autorów rekomenduje także wykonanie kolposkopii w celu wykluczenia inwazyjnego raka ale też wykluczenie innych zmian na szyjce, mogących być źródłem krwawienia (polip, ogniska endometriozy, nadżerka prawdziwa). Należy uznać, że nawet rozległa ektopia gruczołowa na tarczy nie jest źródłem PCB. Kolejnym etapem jest badanie usg narządu rodnego, z oceną dopplerowską kanału szyjki, z pobraniem biopsji z kanału szyjki (ECC) w przypadku wątpliwości i w przypadku potwierdzenia HPV typ 16/18. Rak gruczołowy, znajdujący się w kanale szyjki macicy powinien być brany pod uwagę w poszukiwaniu przyczyn PCB.

5. Na SOR zgłosiła się 66 letnia pacjentka z gorączką i dreszczami od 3 dni, z bolesnym guzem w prawej pachwinie, została hospitalizowana. Ból był ostry i nasilał się podczas ruchu. Pacjentka obserwowała krwawienie z pochwy po stosunku (PCB) i wyczuwalny guz w pochwie przez ostatnie 5 lat. Zgłosiła wysypkę na tułowiu i kończynach dolnych od 9 miesięcy, leczona z powodu świerzbu. Przebyła całkowitą histerektomię z powodu

krwotoków w wieku 46 lat. Podczas badania ginekologicznego stwierdzono guz sromu, obustronnie. Lewa warga sromowa większa była całkowicie nacieczona przez egzofityczny, kalafiorowaty guz obejmującą głębsze tkanki. Guz miał średnicę 3 cm i sięgał na głębokość 6 cm do pochwy. W celu oceny rozległości choroby wykonano cystoskopię i rektoskopię, które były prawidłowe. Zmiany w badaniach laboratoryjnych: leukocytoza 17200/mm^3, analiza moczu: leukocyty 3+, bakterie +1 i krew 2+ z 11-25 białymi krwinkami wpw. Wykonano posiewy krwi, był negatywny. Tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy wykazała owalną masę w prawej pachwinie o wymiarach 3,7 × 4,8 cm z otaczającym stanem zapalnym. Nie wykryto żadnych nieprawidłowości w pęcherzu moczowym, przydatkach ani zaotrzewnowo. Wykonano limfadenektomię pachwinową po stronie prawej, węzeł chłonny okazał się martwiczy i zropiały, pobrano biopsję z guza sromu. Wynik badania histopatologicznego tkanki węzła chłonnego: przerzutowy raka płaskonabłonkowy z martwicą guza. Hodowla beztlenowa próbki tkanki węzła chłonnego: *Fusobacterium necrophorum*. Guzem pierwotnym był zaawansowany płaskonabłonkowy rak sromu (Squamous cell carcinoma, SCC).

Które zdanie **jest fałszywe** odnośnie do omawianego przypadku:

a. Typowym objawem raka sromu jest podwyższona leukocytoza i zmiany zapalne w moczu.

b. Kobiety po przebyciu histerektomii pozostają w przekonaniu, że kontrola ginekologiczna nie jest zalecana, co wpływa na brak profilaktyki w zakresie raka sromu.

c. Rak sromu może być przyczyną PCB.

d. Przyczyną gorączki i bólu w pachwinie było zakażenie beztlenowcowe.

e. Rak sromu może być przyczyną dyspareunii, świądu, pieczenia sromu, krwawienia kontaktowego ale nawet zaawansowany rak sromu może być bezobjawowy.

Komentarz

Plamienia czy krwawienia kontaktowe (PCB) mogą się utrzymywać długo zanim przyczyna zostanie znaleziona, szczególnie dotyczy to starszych kobiet i po histerektomii. Pacjentka nie miała wykonywanych rozmazów cytologicznych od czasu operacji, nie są zalecane po histerektomii z przyczyn łagodnych, uznała że wizyty profilaktyczne nie są potrzebne i rak sromu został wykryty i leczony w stopniu IIIB. Zakażenie beztlenowcem *Fusobacterium* współistnieje głównie z rakiem jelita grubego, aczkolwiek obecność tej bakterii w guzach nowotworowych głowy i szyi może być związana z lepszym rokowaniem w tych chorobach, co nie dotyczy raka sromu.

6. Pacjentka l.31 z epizodami PCB od roku, przy regularnym stosowaniu DTA od 6 lat. Bez chorób współistniejących i przyjmowania innych leków czy suplementów. W badaniu ginekologicznym wydzielina w pochwie prawidłowa, na szyjce macicy w ujściu zewnętrznym wyraźna granica międzynabłonkowa, bujający czerwony nabłonek gruczołowy o średnicy 5 mm, krwawienie po pobraniu rozmazu (nie wykryto HPV HR, LBC NILM), test ciążowy ujemny. Badanie usg narządu rodnego bez nieprawidłowości, atroficzne endometrium bez unaczynienia. Jak jest diagnoza przyczyny PCB i postępowanie u tej pacjentki?

a. Rozległa nadżerka (ektopia gruczołowa) na szyjce macicy, zalecono elektrokonizację.

b. Ektropion, rozrost nabłonka gruczołowego związany z antykoncepcją hormonalną. Postępowanie polega na zmianie DTA, gdy nie przyniesie poprawy, można wykonać krioterapię na małym obszarze (w obrębie nabłonka gruczołowego w ujściu zewnętrznym).

c. Rak szyjki macicy, należy wykonać kolposkopię z pobraniem wycinków.

d. Nieregularne przyjmowanie DTA było przyczyną PCB, należy zmienić antykoncepcję na inną formę (plastry, krążek do pochwy).

e. Rozrost endometrium przy DTA, należy zmienić antykoncepcję na jednoskładnikową.

Komentarz

Przy długotrwałym stosowaniu antykoncepcji dwuskładnikowej dochodzi do łagodnego rozrostu nabłonka gruczołowego w obrębie szyjki. Najczęściej nie powoduje objawów, występują plamienia czy krwawienia po pobraniu rozmazu z szyjki, czasem PCB, według niektórych autorów, granicę dla pojawienia się PCB stanowi średnica 3,5 mm nabłonka w ujściu zewnętrznym. Z drugiej strony, ektropion stanowi jedną z ważnych przyczyn PCB (19-34%). Jeśli wystąpi PCB, najczęściej wystarczy zmiana rodzaju DTA, czasem trzeba usunąć rozrośnięty nabłonek (krioterapia czy elektrokoagulacja), w razie wątpliwości można pobrać biopsję z szyjki. Nieregularne przyjmowanie DTA lub stosowanie przy antykoncepcji niektórych suplementów (np. z witamina C) czy leków (np. przeczyszczające, antybiotyki) skutkuje najczęściej plamieniem śródcyklicznym, nie PCB.

7. Pacjentka l.41 zgłosiła się do ginekologa z powodu PCB i plamień śródcyklicznych, szczególnie po wysiłku na siłowni. W wywiadzie 2 porody naturalne, nie przyjmuje leków ani suplementów. W badaniu ginekologicznym polip szyjkowy 15 mm wysunięty z ujścia zewnętrznego szyjki, wydzielina pochwowa prawidłowa. Pobrano rozmaz, ujemny wynik HPV HR, test ciążowy ujemny, badanie usg narządu rodnego nie wykazało nieprawidłowości. Które zdanie dotyczące tego przypadku **jest fałszywe**?

a. Polip szyjkowy może być przyczyną PCB.

b. Polip szyjkowy należy usunąć (znieczulenie do zabiegu nie jest konieczne), wykonać ECC i materiał wysłać do badania histopatologicznego.

c. Jeśli po usunięciu polipa z szyjki PCB będzie się utrzymywać, należy ocenić srom z wykluczeniem szczeliny, pochwę z wykluczeniem liszaja płaskiego, wykonać LBC lub kolposkopię oraz histeroskopię (lub biopsję endometrium).

d. Należy dodatkowo włączyć leczenie przeciwdrożdżakowe dopochwowe, ponieważ drożdżyca stanowi przyczynę powstawania polipa szyjkowego.

e. Polipy szyjkowe mogą mieć charakter nawrotowy.

Komentarz

Polip szyjkowy jest częstym patologicznym znaleziskiem w kobiet, wraz z polipem endometrialnym stanowi przyczynę PCB w 5-18% przypadków. Występuje najczęściej bezobjawowo, może także powodować plamienia po wysiłku, bardzo rzadko może zawierać raka gruczołowego. Zazwyczaj ulega powiększeniu z biegiem czasu, powinien być usunięty z pobraniem ECC, z oceną histopatologiczną. Istnieje tendencja do nawrotów, nie ma związku ze stanem zapalnym pochwy, ale może współistnieć z polipem endometrialnym, dlatego należy wykonać badanie usg narządu rodnego z oceną endometrium po miesiączce.

8. Pacjentka l.36 przyszła na wizytę do ginekologa z powodu epizodów PCB występujących do tygodnia przed miesiączką, w obserwacji od 4 miesięcy. Od pół roku pojawiło się jednodniowe plamienie przedmiesiączkowe („inaczej się zaczyna miesiączka"), poza tym krwawienia prawidłowo obfite i umiarkowanie bolesne. Wynik LBC NILM 3 miesiące temu, dla weryfikacji pobrano HPV HR. Test ciążowy ujemny.
Bez chorób współistniejących, nie przyjmuje leków ani suplementów.
W wywiadzie podaje krioterapię szyjki macicy z powodu CIN I z wycinków z tarczy szyjki macicy, przy LBC LSIL i HPV inne niż 16/18 typy (+).
W badaniu ginekologicznym: szyjka macicy pokryta nabłonkiem płaskim, granica międzynabłonkowa widoczna, 2 punkcikowe rumienie, po potarciu wacikiem bez plamienia (12 dzień cyklu). Poza tym bez zmian w badaniu ginekologicznym, usg narządu rodnego: wynik prawidłowy, pęcherzyk dominujący 22 mm w jajniku prawym.
Jakie postępowanie byłoby najkorzystniejsze w celu uzyskania rozpoznania i przeprowadzenia leczenia?

a. Wykonanie krioterapii szyjki macicy z diagnozą endometriozy na szyjce macicy „ex iuvantibus” (diagnoza z wyników leczenia, potwierdzenie endometriozy gdy PCB ustąpi).
b. Przeprowadzenie konizacji szyjki biorąc pod uwagę CIN I w przeszłości.
c. Przeprowadzenie testu genetycznego EndoRNA po pobraniu biopsji endometrium (ocena ekspresji genu FUT-4). Jeśli wynik będzie ujemny, endometrioza powierzchowna na szyjce będzie wykluczona.
d. Zaproszenie pacjentki na wizytę kontrolną na 3-6 dni przed spodziewaną miesiączką (albo gdy zaobserwuje PCB), ocena we wzierniku, można wykonać kolposkopię prostą z archiwizacją obrazów. Jeśli samoistnie lub po potarciu wacikiem będą widoczne ogniska plamienia, endometrioza na szyjce zostanie potwierdzona i wymaga usunięcia (krioterapia) albo obserwacji, jeśli pacjentka nie ma intencji zabiegu. Sam zabieg na szyjce jest czynnikiem ryzyka do tworzenia się kolejnych ognisk endometriozy, o czym należy uprzedzić pacjentkę.
e. Należy zaproponować antykoncepcję hormonalną w celu atrofizacji endometrium.

Komentarz

Endometrioza na szyjce macicy jest nierzadkim zjawiskiem, polega na implantacji komórek gruczołowych endometrium w nabłonek tarczy szyjki macicy, najczęściej w procesie gojenia po zabiegu (biopsja, konizacja, krioterapia) ale czasem zdarza się bez żadnego zabiegu na szyjce. To powierzchowna implantacja komórek endometrium, nie chodzi o guzy endometrialne w głębokich tkankach szyjki czy w zakresie zagłębienia odbytniczo-macicznego na wysokości szyjki macicy (endometrioza głęboka). Ogniska powierzchownej endometriozy są powodem plamień śródcyklicznych okołomiesiączkowych, najczęściej przedmiesiączkowych, gdzie ogniska reagują na wahania estrogenów, jak endometrium w jamie macicy, ale mniej precyzyjnie. Ogniska powiększają się z biegiem czasu przy czynności estrogenowej jajników, stają się bardziej objawowe. Rozpoznanie polega na ocenie szyjki z potwierdzeniem plamiących ognisk przedmiesiączkowo (gdy są plamienia). Rzadko stanowią przyczynę PCB, ale zdarza się to w okresie przed miesiączką. Endometrioza powierzchowna w zakresie szyjki niczym nie grozi, niewątpliwie pogarsza komfort życia, więc pacjentki będą miały życzenie usunięcia powierzchownych ognisk (krioterapia, laseroterapia, abrazja ognisk jest mniej skuteczna), ale należy wziąć pod uwagę możliwość nawrotów po zabiegu, który stanowi kolejne ryzyko implantacji. Nie znalazłam w literaturze, żeby ocena w teście EndoRNA wykluczała czy potwierdzała endometriozę powierzchowną szyjki macicy. Antykoncepcja jednoskładnikowa lub ciągła terapia dwuskładnikowa stanowi supresję

objawów, ale raczej nie spowoduje ustąpienia ognisk, inaczej niż przebyta ciąża, po której endometrioza na szyjce nie nawraca.

9. Pacjentka l.46 zgłosiła się na wizytę przesiewową, podała epizodycznie występowanie PCB, od czasu założenia wkładki domacicznej Mirena 1,5 roku temu z powodu krwotocznych miesiączek. Po okresie 4 miesięcy ciągłego plamienia po założeniu wkładki, plamienia miesiączkowe występowały jeszcze przez kilka miesięcy, po czym zupełnie ustały, pozostały tylko PCB. Pacjentka nie była w ciąży, nie przyjmuje leków ani suplementów. W badaniu ginekologicznym bez nieprawidłowości, pobrano wymaz z szyjki macicy (LBC NILM, HPV HR ujemne), test ciążowy ujemny. W ocenie usg narządu rodnego potwierdzono prawidłową lokalizację wkładki (ramiona poprzeczne 8 mm od dna macicy), endometrium atroficzne, niewielka ilość wolnego płynu w jamie macicy.
Jakie jest postępowanie u pacjentki?

a. Płyn w jamie macicy może być źródłem PCB, stanowi ryzyko infekcji, pacjentka wymaga leczenia antybiotykiem.

b. Wkładka w macicy może być powodem PCB, obecność płynu w macicy nie wymaga leczenia, jeśli PCB nie pogarsza komfortu życia, interwencja nie jest uzasadniona.

c. Wkładka stanowi przyczynę PCB, powinna być usunięta z propozycją założenia wkładki nieaktywnej.

d. Wskazana jest wymiana wkładki lub repozycja (instrumentalna, histeroskopowa) w celu przemieszczenia wkładki do dna macicy w celu leczenia PCB.

e. Kobieta, która nie rodziła dzieci nie powinna mieć założonej wkładki wewnątrzmacicznej.

Komentarz

Wkładka domaciczna rzadko może być przyczyną PCB, bez względu na to czy jest aktywna (Levonorgestrel-releasing intrauterine system, LNG-IUS) jak Mirena czy Kyleena, czy też jest to wkładka nieaktywna z miedzią, w kształcie T (Intrauterine device, IUD)) albo w kształcie kulki (Intrauterine ball, IUB, Ballerine). Po 1,5 roku posiadania Mireny, co 10-ta kobieta obserwuje plamienia/krwawienia miesiączkowe. W okresie przejściowym (metrykalnie od 46 roku życia) jest to korzystna metoda antykoncepcji, profilaktyka i leczenie nieprawidłowych, także krwotocznych miesiączek, również u kobiet które nie były w ciąży. Ważne natomiast jest, żeby pacjentka nie miała zachowań promiskuitywnych (częsta zmiana

partnerów, wielu partnerów), co zwiększa częstość zapalenia miednicy. U pacjentki, ze względu na krwotoczne miesiączki w wywiadzie, nie ma wskazań do wymiany wkładki na nieaktywną, która z zasady nasili obfitość i nieco wydłuży krwawienia miesiączkowe. Przy obecności wkładki w macicy, szczególnie przy braku krwawień, może zalegać krew miesiączkowa, co niczym pacjentce nie grozi i nie wymaga leczenia. Jeśli pacjentka akceptuje ten poziom dyskomfortu (epizodyczne PCB), można pacjentkę pozostawić bez interwencji. Odsunięcie wkładki od dna macicy może zwiększyć ryzyko plamień. Wkładka jest w prawidłowej lokalizacji jeśli pozostaje do 10 mm od dna macicy i ramię podłużne jest widoczne nad ujściem wewnętrznym. Nie wymaga wymiany ani repozycji.

10. Pacjentka l. 19 przyszła na pierwszą wizytę ginekologiczną z powodu złowonnych upławów i brunatnych plamień po współżyciu od 5 tygodni. Podaje ciężkość podbrzusza w obecnym cyklu (12 dzień cyklu). Rozpoczęła współżycie pół roku temu, miała kilku przygodnych partnerów, współżyje z prezerwatywą w większości penetracji. Nie obserwowała dyspareunii (bólu miednicy przy penetracji). Miesiączki prawidłowo obfite, regularne, umiarkowanie bolesne (nie stosuje leczenia p/bólowego). Badanie ginekologiczne: srom prawidłowy, bez cech zapalenia, bez wykwitów, widocznych szczelin. Po założeniu wziernika w tylnym sklepieniu ciało obce - prezerwatywa, oraz obfita złowonna, zółto-zielona wydzielina. Prezerwatywę usunięto. W badaniu dwuręcznym macica niebolesna przy poruszaniu, przydatki niebadalne. Test ciążowy z moczu ujemny.
Jakie jest najkorzystniejsze postępowanie u tej pacjentki?

a. Zalecono leczenie dopochwowe p/zapalne. Zapytano pacjentkę, czy nie ma życzenia antykoncepcji hormonalnej, zalecono stosowanie prezerwatywy przy każdym penetracyjnym współżyciu (profilaktykę chorób przenoszonych drogą płciową).
b. Zastosowano profilaktycznie antybiotyk doustnie.
c. Zaproponowano założenie wkładki domacicznej w celu skutecznej antykoncepcji.
d. Pobranie badania w kierunku STI (Chlamydia trachomatis, Trichomonas vaginalis, Naisseria gonorrhoeae). Zalecono obserwację dolegliwości bólowych podbrzusza, bólu przy głębokiej penetracji przy współżyciu, upławów. W przypadku dolegliwości, kolejna konsultacja z badaniem w kierunku zapalenia miednicy. Zalecono szczepieni p/HPV.
e. Prawidłowa odpowiedź a i d.

Komentarz

Ciało obce w pochwie bywa rzadką przyczyną PCB, najczęściej jest to prezerwatywa i tampon. Objawy były typowe u pacjentki. Po usunięciu ciała obcego, najważniejszym wyzwaniem u tej pacjentki jest wykluczenie STI i zastosowanie leczenia p/zapalnego do pochwy (p/bakteryjnego, nie p/grzybiczego). Warto przeprowadzić edukację w kierunku profilaktyki STI i HPV, skutecznej antykoncepcji. Wymaz w kierunku HPV HR nie jest zalecany u kobiety w wieku 19 lat, profilaktyka raka szyjki obowiązuje od 25 roku życia, CDC zaleca badanie od 21 roku życia. Niemniej, współżyjąca pacjentka z objawami STI, powinna mieć pobrany wymaz w kierunku LBC i HPV HR bez względu na wiek. Wkładka domaciczna zwiększa ryzyko zapalenia miednicy, nie jest wskazana u tej pacjentki.

Odpowiedzi:
1)d; 2)b; 3)e; 4)e; 5)a; 6)b; 7)d; 8)d; 9)b; 10)e.

Piśmiennictwo

1. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)
2. Jennings L.K., Krywko D.M. Pelvic Inflammatory Disease. StatPearls [Internet] 05. 2021: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499959/
3. Baines G., Currie I. Early treatment vital in pelvic inflammatory disease. Practitioner 2018, 262 (1814): 23–26).
4. CDC: Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines 2021: https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/pid.htm
5. https://www.mp.pl/ginekologia/wytyczne/inne/225009,zapalenie-narzadow-miednicy-mniejszej-zasadnicze-znaczenie-wczesnego-leczenia
6. Jacques L, Kornik R, Bennett DD, Eschenbach DA. Diagnosis and Management of Vulvovaginal Lichen Planus. Obstet Gynecol Surv 2020;75(10):624-635. doi: 10.1097/OGX.0000000000000834.
7. Edwards L, Vulvar fissures: causes and therapy. Dermatologic Therapy, 2004, 17: 111-116. https://doi.org/10.1111/j.1396-0296.2004.04011.x
8. Andjelkov K, Maricic Z. Posterior Fourchette Fissure Resolution After Injection of Autologous Adipose-Derived Regenerative Cells. Obstet Gynecol 2017; 129:497-499. doi: 10.1097/AOG.0000000000001906

9. Kennedy CM, Manion E, Galask RP, Benda J. Histopathology of recurrent mechanical fissure of the fourchette. Int J Gynaecol Obstet 2009; 104(3): 246-7. doi: 10.1016/j.ijgo.2008.10.017
10. Bhatla N, Berek JS, Cuello Fredes M, et al. Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri. Int J Gynecol Obstet 2019;145:129–35.
11. Shapley M, Jordan J, Croft PR. A systematic review of postcoital bleeding and risk of cervical cancer. Br J Gen Pract 2006; 56: 453-60.
12. Owens GL, Wood NJ, Martin-Hirsch P. Investigation and management of postcoital bleeding. Obstet Gynaecol 2022; 24: 24-30.
13. Thuijs NB, van Beurden M, Duin S i wsp. High-grade vulvar intraepithelial neoplasia: comprehensive characterization and long-term vulvar carcinoma risk. Histopathology 2004; 84: 301-314. https://doi.org/10.1111/his.15050
14. A Woman With Post-Coital Bleeding - Medscape - February 21, 2025.
15. Singh S, Best C, Dunn D I wsp. No. 292: Abnormal uterine bleeding in pre-menopausal women. J Obstet Gynaecol Can 2018; 40: e391-415.
16. Narin R, Narin MA, Nazik H. i wsp. The importance of size of cervical ectopy to predict postcoital bleeding: is there any cut-off value? Clin Exp Obstet Gynecol. 2015; 42(2): 195-8.
17. Atalay Mert S, Dilbaz B, Ercan EE. I wsp. A Rare Case of the Cervical Endometriosis and Overview of the Literature. Reprod Sci. 2023; 30(9): 2882-2886. doi: 10.1007/s43032-023-01238-4.
18. Hidalgo M, Bahamondes L, Perrotti M. i wsp. Bleeding patterns and clinical performance of the levonorgestrel-releasing intrauterine system (Mirena) up to two years. Contraception 2002; 65(2):129-32. doi: 10.1016/s0010-7824(01)00302-x.
19. Alves RDMS, Rabelo MM, Andrade VR. i wsp. The influence of the levonorgestrel-releasing intrauterine system position on bleeding patterns in reproductive age women. Int J Gynaecol Obstet. 2019; 147(3): 326-331. doi: 10.1002/ijgo.12962.
20. Ardestani S, Dason ES, Sobel M. Postcoital bleeding CMAJ 2023 September 11;195:E1180. doi: 10.1503/cmaj.230143

Pytania opracowano na prośbę wydawnictwa Termedia 10/25
Ewa Baszak-Radomańska