

# ZAČETNA OBRAVNAVA, GINEKOLOŠKI PREGLED IN ULTRAZVOK

*Gregor Vivod*

---

## Izveček

Temelj prave diagnoze je dobro odvzeta anamneza, ki mora vsebovati družinsko anamnezo z oceno družinske ogroženosti za rakava obolenja, osebno anamnezo s pridruženimi boleznimi, redno terapijo, morebitne alergije ter predhodnimi operativnimi posegi s poudarkom na rodilih ali drugje v trebušni votlini. Z ginekološko anamnezo uvrstimo ženske v predmenopavzno, perimenopavzno ali pomenopavzno obdobje. Pri mlajših ženskah je potrebno upoštevati možnost ohranjanja plodnosti. V sedanji anamnezi pri medeničnih tumorjih je treba povprašati o jakosti in trajanju vaginalnih krvavitev, o morebitnih vmesnih vaginalnih krvavitvah, o težavah povezanih z mikcijo ali defekacijo ter morebitnem hujšanju ali napihnjenosti v trebuhu. Anamnezi sledi splošni ter ginekološki pregled z inspekcijo in palpacijo trebušne stene, ingvinalnega predela, zunanjega spolovila, pregledom nožnice in materničnega vratu v zrcalih. Organe male medenice otipamo dvoročno. Status zaključimo z rektalnim pregledom. Transvaginalni ultrazvočni pregled je v klinični praksi prva slikovna diagnostična metoda pri obravnavi žensk s tumorjem v medenici.

**Ključne besede:** tumor, medenica, anamneza, klinični status, ginekološki pregled, tumorski markerji, vaginalni ultrazvok

---

## Uvod

Pri začetni obravnavi žensk z medeničnim tumorjem najprej skušamo opredeliti ali gre za ginekološki tumor ali ne. Pri neginekološkem primarnem tumorju je potrebno poslati žensko na obravnavo k ustreznemu specialistu. Po skrbno odvzeti anamnezi ter splošnem in ginekološkem kliničnem pregledu sledi transvaginalni ultrazvočni pregled, ki je v klinični praksi prva slikovna diagnostična metoda, ki opredeli nadaljnji potek obravnave žensk s tumorjem v medenici. Cilj obravnave žensk s tumorjem v medenici je prepoznati tiste, pri katerih je zaradi suma na malignost tumorja potrebna takojšnja napotitev v specializirano terciarno ustanovo, ker imajo ženske s tumorji v medenici, ki so obravnavane v terciarnih centrih dokazano boljše preživetje.

## Anamneza

Temelj prave diagnoze je dobro odvzeta anamneza, ki mora vsebovati družinsko anamnezo z oceno družinske ogroženosti za rakava obolenja, osebno anamnezo s pridruženimi boleznimi, redno terapijo, morebitne alergije ter predhodne operativne posege s poudarkom na rodilih ali drugje v trebušni votlini. Ginekološka anamneza mora zajeti osnovne podatke o menstrualnem ciklusu, datum zadnje menstruacije, nastopu menarhe ali menopavze, jakost in trajanje krvavitev, vmesne krvavitve ter prisotnost in opredelitev jakosti bolečinske simptomatike. Pomemben je podatek o težavah, povezanih z mikcijo ali defekacijo. Vprašati je potrebno ali gre za akuten

začetek težav ali poslabšanje kroničnih težav. Zanimajo nas dogodki, povezani z začetkom težav, dejavniki, ki težave sprožijo ali stopnjujejo ter vezanost težav na menstruacijski cikel, spolno aktivnost, prebavo, telesno aktivnost in predhodni pojav podobnih težav.

## **Status**

V splošnem statusu je potrebna ocena splošne zmogljivosti in kondicije. Glede na telesno višino in težo izračunamo indeks telesne mase. V kolikor ocenimo, da gre za neprimerno prehranjenost, je potrebna napotitev v ambulantno za klinično prehrano. Nato si ogledamo in pretipamo trebuh, zlasti njegov spodnji del. V primeru tumorskih formacij opišemo do katerega kvadranta trebuha segajo in ocenimo premakljivost. Sledi palpacija ingvinalnih regij z oceno morebitnih sumljivih ali patoloških bezgavk. Če nas anamneza usmerja na možnost obolenj drugih organov, pregledamo tudi druge regije (ledveni poklep, pregled dojk,...).

## **Ginekološki pregled**

V grobem ginekološki pregled delimo na inspekcijo in palpacijo zunanega spolovila, pregled nožnice in materničnega vratu v zrcalih ter dvoročni pregled organov male medenice. Ob inspekciji in palpaciji zunanega spolovila ugotovljamo prisotnost razjed ali novotvorb ter morebitno povečanje in občutljivost Bartholinijevih žlez. Za pregled nožnice in materničnega vratu uporabimo spekulacijo. Pri inspekciji materničnega vratu in nožnice ugotovljamo barvo in tonus sluznice, izcedek v nožnici ali iz kanala materničnega vratu, prisotnost razjed ali novotvorb v nožnici ali na materničnem vratu in obliko materničnega vratu ter znake operativnih posegov. Ob pregledu materničnega vratu in nožnice lahko odvzamemo vzorce za citološke preiskave. Sledi dvoročni palpatorni pregled, s katerim želimo ugotoviti pri maternici položaj, velikost, pomičnost, površino, konsistenco, občutljivost in pri adneksih pomičnost, velikost ter občutljivost. Patološke spremembe na dnu medenice ali v rektovaginalnem septumu opredelimo z rektalnim pregledom. V kolikor pri palpaciji naletimo na tumorje, le-te opišemo glede na njihovo velikost, pomičnost in površino.

## **Tumorski markerji**

Pri tumorjih v medenici si pri oceni malignosti tumorja pomagamo s tumorskimi markerji. Tumorska markerja Ca 125 in HE4 sta povišana pri epiteljskih ovarijskih karcinomih, tumorski marker CEA je lahko povišan pri mucinoznih karcinomih gastrointestinalnega trakta ali jajčnika, pri mucinoznem cistadenomu jajčnika ali slepiča ter pri pseudomiksomu peritoneja. Tumorski marker CA 19-9 je lahko povišan pri epiteljskih ovarijskih karcinomih in karcinomih gastrointestinalnega trakta. Pri sumu na zarodno celične tumorje ali granulosa celične tumorje je potrebno določiti tumorske markerje alfa-fetoprotein, laktatno dehidrogenozo, inhibin A in B, hCG ter AMH.

## **Ginekološki (vaginalni) ultrazvok**

Transvaginalni ultrazvočni pregled je prva slikovna diagnostična metoda pri obravnavi žensk s tumorjem v medenici. Najprej ocenimo kateremu organu pripada tumor. Nato izmerimo najdaljši

premer tumorja (v mm), najdaljši premer največjega solidnega dela tumorja (v mm), prekrvavljenost tumorja ter morebitno prisotnost ascitesa. V primeru, da tumor pripada maternici si pomagamo z IETA ultrazvočnimi kriteriji. V primeru, da je tumor v predelu jajčnikov uporabimo IOTA ultrazvočne kriterije in modele. V primeru nekonkluzivnega ultrazvočnega pregleda se žensko pošlje na nadaljno obravnavo na ekspertni ultrazvok. V primeru suma na maligno obolenje je potrebno posameznico čimprej napotiti v specializiran terciarni center.

### **Napotitev na Onkološki inštitut Ljubljana ob sumu na malignen tumor v medenici**

Ob sumu na malignen tumor v medenici je za Onkološki inštitut Ljubljana potrebna izdaja eNapotnice z:

- VZS – 2396P: Onkološki pregled – prvi
- napotno diagnozo Z03.1 (sum na maligno bolezen)
- stopnjo nujnosti 4 – zelo hitro

Pacientke lahko naroči izbrani ginekolog ali pa se same naročijo v Ambulanto (C2) ginekološke onkologije Onkološkega inštituta Ljubljana:

- vsak delovni dan od 7:00 do 8:00
- na telefonsko številko 01 5879 621

Za lečeče zdravnike ali izbrane ginekologe je neposredni telefonski posvet z ginekologom onkologom na Onkološkem inštitutu Ljubljana možen na telefonsko številko 01 5879 621 (v rednem delovnem času).

### **Zaključek**

Obravnava žensk z medeničnim tumorjem mora vedno vsebovati misel na možnost malignosti. Cilj začetne obravnave žensk s tumorjem v medenici je z natančno anamnezo, pregledom in ultrazvokom prepoznati tiste, pri katerih je zaradi suma na malignen tumor v medenici potrebna takojšnja napotitev v specializirano terciarno ustanovo, ker imajo ženske, ki so obravnavane v terciarnih centrih dokazano boljše preživetje.

### **Literatura**

1. Izbrana poglavja iz ginekološke in perinatološke propedeutike. Medicinski razgledi; 2012:VII, 164.
2. Mascilini F, Moro F, Pasciuto T, et al. Imaging in gynecological disease (28): clinical and ultrasound characteristics of serous and mucinous cystadenomas in the adnexa. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2025;66(2):233-241. doi:10.1002/uog.29248
3. Ambrosio M, Testa AC, Moro F, et al. Imaging in gynecological disease (19): clinical and ultrasound features of extragastrointestinal stromal tumors (eGIST). *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020;56(5):749-758. doi:10.1002/uog.21968

4. Knez J, Nardelli F, van den Bosch T, Sladkevicius P, Valentin L, Jurkovic D. Imaging in gynecological disease (18): clinical and ultrasound characteristics of urinary bladder malignancies. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020;56(3):453-459. doi:10.1002/uog.21958
5. Timmerman D, Planchamp F, Bourne T, et al. ESGO/ISUOG/IOTA/ESGE Consensus Statement on pre-operative diagnosis of ovarian tumors. *Int J Gynecol Cancer.* 2021;31(7):961-982
6. Moro F, Baima Poma C, Zannoni GF, et al. Imaging in gynecological disease (12): clinical and ultrasound features of invasive and non-invasive malignant serous ovarian tumors. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017;50(6):788-799. doi:10.1002/uog.17414
7. Moro F, Castellano LM, Franchi D, et al. Imaging in gynecological disease (22): clinical and ultrasound characteristics of ovarian embryonal carcinomas, non-gestational choriocarcinomas and malignant mixed germ cell tumors. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2021;57(6):987-994. doi:10.1002/uog.23529