

Poruchy pohlavní diferenciaci a pohlavního zrání

Pohlavní vývoj je kaskádou dějů, které zahrnují gonadální determinaci, gonadální diferenciaci, vývoj vnitřního a zevního genitálu, vývoj mužského či ženského fenotypu a sekundárních pohlavních znaků v pubertě. Nadstavbou je **psychosexuální vývoj**, který zahrnuje pohlavní identitu, pohlavní roli a sexuální orientaci.^[1]

Porucha sexuálního vývoje (*disorders of sex development, DSD*) je vrozený stav s atypickými chromosomy nebo s atypickým somatickým pohlavním vývojem.^[1] Jedinci s poruchami sexuálního vývoje mají častěji i další vrozené malformace.^[2]

Sexuální vývoj

1. **Prenatální** sexuální vývoj: z indiferentního základu se vyvine fétus a novorozenec s určeným pohlavím;
 - řízen výhradně androgeny – bez androgenů se vyvíjí pohlaví ženské, pod vlivem androgenů pohlaví mužské → u chlapců je nutný vznik testes, schopnost syntézy testikulárních androgenů a vnímavost periferních tkání na androgeny;
2. **Postnatální** sexuální zrání: probíhá především v období puberty;
 - u dívek řízen estrogy, u chlapců androgeny.^[2]



Podrobnější informace naleznete na stránce Puberta.

Fyziologie sexuálního vývoje

- nejprve se vyvíjí *pronefros* (společný základ pro gonádu a ledvinu) a dva nefritické vývody – Wolffův a Müllerův;
- postupně se odděluje základ pro ledvinu (*metanefros*) a nediferencovaný pohlavní hřeben (*mezonefros*);
- determinaci gonády ovlivňuje genová exprese a transkripční faktory – některé ovlivňují i časný vývoj jiných systémů;
- **mužský pohlavní vývoj:**
 - začíná vývojem gonády ve varle – pod vlivem transkripčních faktorů (SRY, SOX-9, SF-1, WT-1);
 - Leydigovy buňky v embryonální/fetální testikulární tkáni tvoří testosteron;
 - testosteron stimuluje vývoj Wolffových vývodů (mužské vnitřní pohlavní ústrojí) a ovlivňuje sestup varlat do skrota;
 - testosteron se v periferních tkáních metabolizuje na dihydrotestosteron (DHT) = hlavní aktivní androgen nutný pro vývoj mužského zevního genitálu (první trimestr gravidity);
 - pohlavní hrbolek → penis; splývající pohlavní valy → skrotum; pohlavní kanálek → uretra;
 - Sertoliho buňky ve varlatech tvoří v období nitroděložního vývoje antimülleriánský hormon (AMH) → inhibuje mülleriánské vývody;
 - pokud **chybí Sertoliho buňky** → ↓ AMH → vzniká děloha, vejcovody a horní část pochvy;
 - pokud **chybí Leydigovy buňky** → ↓ testosteron → zevní genitál se virilizuje nedostatečně nebo vůbec; vyústění uretry je hypospadické nebo uretra ústí v urogenitálním sinu;
 - pokud je **zcela porušená citlivost tkání na androgeny** (porucha androgenního receptoru) → vyvíjí se ženský zevní genitál (klitoris, labia, krátká slepě zakončená pochva);
 - pokud je pouze **částečně porušená citlivost tkání na androgeny** → vyvíjí se obojetný genitál (nejmírnější forma: hypospadie).
- **ženský pohlavní vývoj:**
 - nevyžaduje přítomnost ženských gonád → může proběhnout i u geneticky mužských jedinců (při poruše tvorby testosteronu nebo při úplné necitlivosti k testosteronu, DHT a při poruše tvorby AMH).^[2]



Podrobnější informace naleznete na stránce Vývoj močopohlavního systému.

Klasifikace poruch sexuálního vývoje (DSD)

- 46,XY DSD: jedinci s poruchami pohlavního vývoje, mužskými pohlavními chromosomy a mužskými gonádami;
- 46,XX DSD: jedinci s poruchami pohlavního vývoje, ženskými pohlavními chromosomy a ženskými gonádami;
- ovotestikulární DSD: jedinci s poruchami pohlavního vývoje, ženskými i mužskými pohlavními chromosomy a přítomností ovariální i testikulární tkáně;
- sex reversal: 46,XX testikulární DSD nebo 46,XY kompletní dysgeneze gonád.^{[1][2]}

Chromozomální DSD

- 45,X0 (Turnerův syndrom a jeho varianty)
- 47,XXY (Klinefelterův syndrom a jeho varianty)
- 45,X/46,XY (smíšená gonadální dysgeneze, ovotestikulární DSD)
- 46,XX/46,XY (chimerická, ovotestikulární DSD)

46,XY DSD

1. Poruchy gonadálního (testikulárního) vývoje:

- cave: dochází i k poklesu mineralokortikoidů (minerálový rozvrat);
- rovíjí se 5.-15. den po narození;
- klinický obraz: zvracení, neprospívání, dehydratace, metabolický rozvrat
- u dívek s virilizací obvykle CAH neunikne pozornosti hned po narození, u chlapců může být dg obtížnější (riziko úmrtí na metabolický rozvrat);
- laboratorně je zvýšené ACTH, *17 α -hydroxyprogesteron* a další androgeny, kortizol je nízký (+ hypoglykemie), při deficitu mineralokortikoidů je snížený aldosteron, zvýšený renin, hyponatrémie a hyperkalémie;

- cave: diagnostika musí být při podezření na CAH neodkladná.
2. **Neklasická forma**
- Mírnější varianta enzymatického defektu;
 - novorozenecký genitál není virilizovaný;
 - projevy nadbytku androgenů: pubertas praecox, akné, hirsutismus.

Deficit 11B-hydroxylázy

- Projevuje se maskulinizací novorozeneckého genitálu dívek;
- může dojít i k minerálovému rozvratu;
- část pacientů má hyperternzi.

Deficit 3B-hydroxysteroid dehydrogenázy

- Částečná virilizace genitálu geneticky ženského jedince;
- může být minerálový rozvrat;
- typický je vzestup 17 α -hydroxypregnenolonu;
- parciální forma se projevuje jako mírný hyperandrogenismus v adolescenci.

Nárůst fetálních androgenů může být způsoben fetálním adrenálním adenomem, nodulární adrenální hyperplazií nebo perzistentní fetální zónou nadledvin u nedonošenců.

Virilizace mateřskými androgeny a iatrogenní příčiny

- Může být způsobena androgeny produkovanými ovariálními či adrenálními tumory matky;
- iatrogenní postižení – exogenní příčina;
- při odstranění příčiny virilizace neprogreduje;
- porucha konverze androgenů na estrogény (placentární aromatáza) způsobí u matky projevy hyperandrogenismu (akné, hirsutismus), u ženského plodu dochází k virilizaci.

46,XY DSD (mužský pseudohermafroditismus)

- Výsledek poruchy normálního pohlavního vývoje u geneticky mužských jedinců s karyotypem **46XY** a mužskými gonádami;
- široké spektrum anomálií od kompletního ženského genitálu k mužskému genitálu s mikropenisem či perineální hypospadií;
- porucha může být inhibiční (perzistence Müllerových vývodů při poruše tvorby faktoru inhibující vývoj Müllerova vývodu) nebo stimulační (porucha syntézy testosteronu nebo dihydrotestosteronu), dále může být porucha citlivosti k androgenům.

Poruchy testikulárního vývoje

- Dysgeneze gonád spojená s poruchou vývoje genitálu a porucha nástupu a průběhu puberty.

XY kompletní gonadální dysgeneze (Swyerův syndrom)

- Obě gonády jsou pruhovité bez germinativních struktur;
- ženský fenotyp, karyotyp 46XY, spontánní vývoj nenastává;
- porucha je diagnostikována až v pubertě.

Smíšená gonadální dysgeneze

- Na jedné straně intraabdominálně testis;
- na druhé straně pruhovitá gonáda s přítomností struktur Müllerových vývodů;
- různý stupeň maskulinizace;
- karyotypy **45X0**, **46XY** i jiné varianty mozaicismu s abnormalitami Y chromozomu.

Dysgenetický mužský pseudohermafroditismus

- Heterogenní skupina s oboustranou dysgenezí gonád, perzistujícím Müllerovým duktem, kryptorchismem a nedostatečnou virilizací;
- pro riziko malignizace provádíme gonadektomii.

Poruchy biosyntézy a metabolismu androgenů

Hypoplazie Leydigových buněk

- Porucha tvorby testosteronu;
- ženský fenotyp, nevyvíjí se Müllerovy vývody;
- inhibiční mutace šesté transmembránové domény receptrou pro LH.

Vrozená porucha biosyntézy testosteronu

- Porušení diferenciace Wolfových duktů, neúplná virilizace zevního genitálu, Müllerovy vývody se netvoří;
- při nejtěžším postižení má jedinec ženský fenotyp;
- enzymové defekty často spojeny s poruchou tvorby adrenálních steroidů (kongenitální lipidní adrenální

- hyperplazie);
- porucha tvorby všech nadledvinových steroidů;
- různý stupeň feminizace až ženský fenotyp a těžký minerálový rozvrat:
 - I. deficit *17 α -hydroxylázy*;
 - II. deficit *3 β -hydroxysteroid dehydrogenázy*;
 - III. deficit *17 β -hydroxysteroid dehydrogenázy*;
 - IV. deficit *5 α -reduktázy*.

Necitlivost k androgenům

1. **Kompletní androgenní rezistence** (testikulární feminizace) – ženský genitál s krátkou slepě zakončenou vagínou, pubické ochlupení je řídké nebo zcela chybí.
2. **Parciální androgenní rezistence** – různý stupeň virilizace.

Ovotestikulární DSD (hermafroditismus verus)

- Přítomnost **ovariální i testikulární tkáně** u jedince s obojetným genitálem (různé kombinace ovarium, testes, ovotestes);

Sex reversal

- **XX muži** – zvláštní skupina, není obojetný genitál, v pubertě se vyvíjí gynekomastie, lze prokázat částečný deficit tvorby testosteronu a spermiogeneze.^[3]

Odkazy

Související články

- Testikulárna feminizácia
- Vývoj močopohlavního systému • Endokrinní onemocnění gonád • Psychofyzologie lidské sexuality • Poruchy pohlavní identity • Transsexualita
- Puberta • Pubertas praecox • Pubertas tarda

Reference

1. LEBL, J, J JANDA a P POHUNEK, et al. *Praktická pediatrie : Obvyklé diagnostické a léčebné postupy na Pediatrické klinice v Motole*. 1. vydání. Galén, 2008. 189 s. s. 153-158. ISBN 978-80-7262-578-9.
2. LEBL, J, J JANDA a P POHUNEK, et al. *Klinická pediatrie*. 1. vydání. Galén, 2012. 698 s. s. 203-207. ISBN 978-80-7262-772-1.
3. Šnajderová Marta, Vavřínek Jan: Poruchy sexuální diferenciace a sexuálního vývoje z pohledu dětského endokrinologa, 09.02.2010, on-line: <http://www.cssmweb.cz/news/poruchy-sexualni-diferenciace-a-sexualniho-vyvoje-z-pohledu-detskeho-endokrynologa/>