

# ENDOMETRIÓZA MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

MUDr. Roman Staněk<sup>1,2</sup>, MUDr. Pavel Vágner<sup>2</sup>, MUDr. Josef Palas<sup>3</sup>, MUDr. Eva Sehnálková<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Urologická ambulance Bruntál: Nemocnice Rýmařov s. r. o.

<sup>2</sup>Urologické oddělení SN Opava

<sup>3</sup>Oddělení patologie SN Opava

**Uvádíme vzácný výskyt endometriózy močového měchýře u 29leté ženy, nulipary, ve sterilním manželství. Přichází pro opakované strangurie, pollakisurie, cystalgie, vše s maximem v období menstruace. V osobní anamnéze endometrióza, diagnostikovaná a řešená laparoskopicky před 3 lety. Při sonografii nalezeno na zadní stěně močového měchýře patologické vyklenutí, které se při cystoskopii jeví jako solidní tumor se širokou bází. Provedena endoresektie a histologicky prokázána endometriální tkáň. Po chirurgickém ošetření léčena na gynekologickém pracovišti medroxyprogesteronem. Rok a půl po záchytu je nemocná bez recidivy onemocnění.**

**Urolog. pro Praxi, 2006; 2: 72–74**

V květnu 2004 se na urologickou ambulanci v Bruntále dostavila 29letá žena, nulipara s půlroční anamnézou pollakisurií, urgencí, strangurií, bez makroskopické hematurie. Opakovaně léčena praktickým lékařem pro příznaky cystitidy, byla vystřídána celá řada antibiotik a chemoterapeutik (penicilin, cefalosprin, tetracyklin, fluorochinolony a cotrimoxazol). Vše pro opakovaný nálezu mikrohematurie a leukocyturie, mikrobiologické vyšetření moči nebylo provedeno. V anamnéze nemocná udává laparoskopické řešení abdominální endometriózy před třemi lety. V současnosti je vedena v centru asistované reprodukce pro sterilní manželství. Při cílené anamnéze udává potíže v pravidelných měsíčních intervalech, partner je bez potíží.

Klinické vyšetření bylo bez patologie, biochemický skrining v mezích fyziologické normy. Pouze v moči byl nálezu mikrohematurie: pH 6, bílkovina: 1, krev: 2,5–10 erytrocytů v zorném poli. Při sonografickém vyšetření jsme našli na zadní stěně močového měchýře heteroechogenní tumorózní útvar, zasahující hluboko do stěny močového měchýře (obrázek 1), ledviny bez patologického nálezu, játra zvyklé velikosti, bez ložiskových defektů. V oblasti velkých cév a malé pánve bez zřetelné lymfadenopatie.

Vzhledem k sonografickému nálezu byla indikována cystoskopie, která prokázala tumor zadní stěny močového měchýře se širokou bází, kry-

tý lehce erytematózní sliznicí. Byla provedena endoresektie tumoru.

Nádor byl ostře ohraničený, průměru 2 cm, hluboko infiltrující do stěny močového měchýře. Atypické bylo jeho hnědé zbarvení. Vzhledem k rozsahu a invazi tumoru do stěny močového měchýře byla provedena jen diagnostická endoresektie. Histologické vyšetření prokázalo endometriózu měchýře.

Mikroskopická diagnóza je typická přítomností ektopických endometriálních žlázek a stromatu ve stěně močového měchýře (obrázek 2, 3). Makrofágy obsahují hemosiderin, v okolí žlázek se nacházejí hyperplastické buňky hladké svaloviny, zvláště tam, kde endometrióza zasahuje do oblasti muskulatury (obrázek 4).

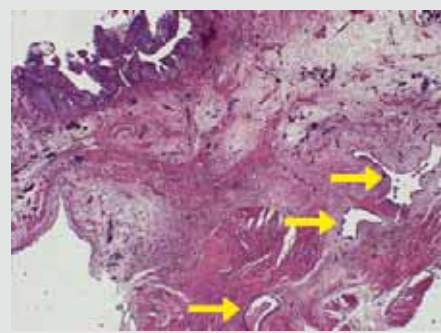
Po stanovení diagnózy byla nemocná předána do gynekologické péče a léčena medroxyprogesteronem intramuskulárně. Po 4 měsících hormonální terapie byla provedena cystoskopie s nálezem jizvy po předchozí endoresektii, nebylo známek recidivy endometriózy. Močový nálezu se normalizoval, pacientka je po dobu 2 let bez recidivy onemocnění, stále ve sterilním manželství, nyní bez specifické léčby endometriózy. Podávání medroxyprogesteronu bylo ukončeno po roce od stanovení diagnózy.

U naší nemocné jsme primárně v diferenciální diagnóze uvažovali o onemocnění chlamydiemi s opakovanými nespecifickými infekcemi močového měchýře, neboť se s těmito nálezy setkáváme častěji. Výsledky imunohistochemických testů však chlamydiovou infekci nepotvrdily. Zajímavé bylo, že neměla

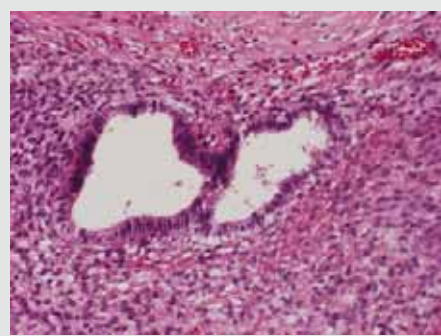
**Obrázek 1. Sonografie: tumor zadní stěny močového měchýře**



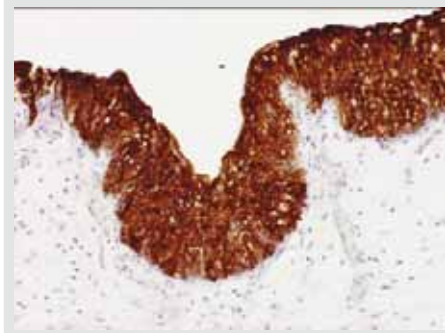
**Obrázek 2a. Hematoxylinem a eozinem barvený močový měchýř a šipkami označené žlázy a stroma**



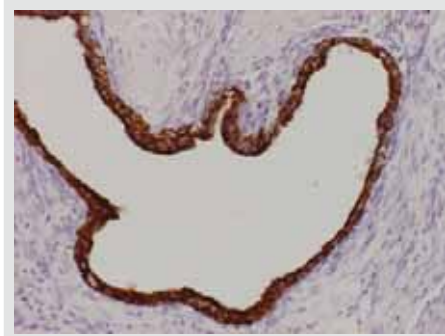
**Obrázek 2b. Hematoxylinem a eozinem barvené endometrium**



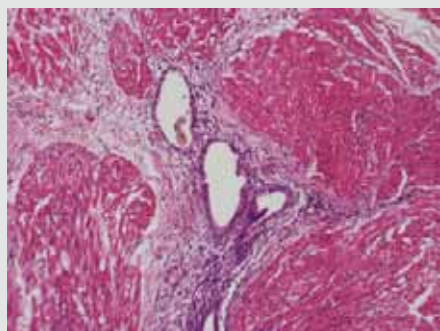
**Obrázek 3a. Imunohistochemie: CK7 pozitivní urotel močového měchýře**



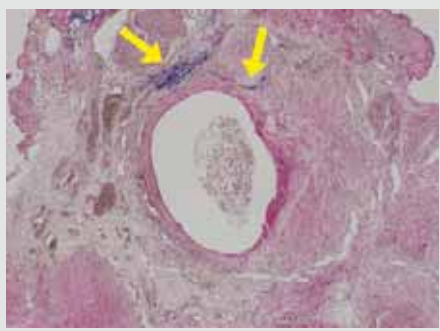
**Obrázek 3b. Imunohistochemie: CK7 pozitivní endometrium v močovém měchýři**



Obrázek 4a. Hematoxylinem a eosinem barvené endometrium (žlásky a stroma)



Obrázek 4b. Fe pozitivní endometrium



nemocná makroskopickou hematurii, jejíž periodický výskyt bývá jedním z nejčastějších příznaků endometriózy močového měchýře.

Endometrióza postihuje asi 5–10 % žen, u sterilních párů až 24 % žen. Je definována jako přítomnost endometriálních žlázek mimo dělohu. Existuje o vzniku endometriózy několik teorií. První (ze třicátých let 20. století) hovoří o retrográdním refluxu endometriálních buněk. Tento jev je fyziologický, avšak jen do doby, než dojde k implantaci buněk v ektopické oblasti (Samson). Další teorie je založena na předpokladu poruchy buněčné i humorální imunity (Donne).

Rozlišujeme tři typy endometriózy: peritoneální, ovariální a endometrióza rektovaginálního septa (námi popisovaná kazuistika). Projevují se nejčastěji syndromem bolestivé malé pánve, dysmenorheou a sterilitou. V laboratorních nálezech nalézáme elevaci CA 125. Tento marker nesplňuje screeningové požadavky, je však vhodný pro sledování úspěšnosti léčby. Další použitelný marker je PP 14. Ze zobrazovacích metod je nejvýznamnější sonografie malé pánve a NMR. Zlatým standardem v diagnostice endometriózy je

laparoskopie biopsie. V konzervativní terapii se užívají gestageny, hormonální kontraceptiva, inhibitory gonadotropinů, agonisté a antagonisté GnRH (gonadoliberinů), inhibitory aromatázy a antiprogestiny. Ve vyšších stádiích onemocnění je výhodnější chirurgické řešení, v některých případech (ve IV. stadiu) i hysterektomie a oboustranná adnexektomie.

Endometrióza močového měchýře je vzácné onemocnění, zahrnující cca 1 % všech nemocných s endometriózou. Asi nejlépe dokumentuje endometriózu močového měchýře práce. Merina v časopise Arch Esp Urol. 2005 Apr; 58(3) (17). Na 28 pacientech dokumentuje diagnostický a terapeutický postup, založený především na resekci močového měchýře doplněné hormonální terapií. Konzervativní postup nemá efekt. K úspěšné léčbě je nutná spolupráce gynekologa, urologa a patologa.

#### MUDr. Roman Staněk

urologická ambulance Bruntál  
Nemocnice Rýmařov Bruntál  
e-mail: stanek.uro@silesia.cz

#### Literatura:

1. Acker O, Robert Y, Carpentier F, Vinatier D, Cosson M. Related Articles, Links [Symptomatic bladder or ureteral endometriosis: report of 8 cases and review of the literature] Ann Chir. 2003 Feb; 128(1): 34–9.
2. Balat O, Kudelka AP, Edwards CL, Silva E, Kavanagh JJ. Related Articles, Links Malignant transformation in endometriosis of the urinary bladder: case report of clear cell adenocarcinoma. Eur J Gynaecol Oncol. 1996; 17(1): 13–6.
3. Borda A, Petrucci MD, Berger N. Related Articles, Links [Miscellaneous benign lesions of the bladder and the urinary tract] Ann Pathol. 2004 Feb; 24(1): 18–30.
4. Comiter CV. Related Articles, Links Endometriosis of the urinary tract. Urol Clin North Am. 2002 Aug; 29(3): 625–35.
5. Demo L. Neobvyklé postupy v diagnostice a léčbě endometriózy, Gyn po prom, 4/2004, 20.
6. Eskenazi B, Warner M. Epidemiology of endometriosis. Obstet Gynecol Clin North Am 1997; 24: 235–58.
7. Chapron C, Chopin N, Borghese B, Malartic C, Decuyper F, Foulot H. Related Articles, Links Surgical management of deeply infiltrating endometriosis: an update. Ann N Y Acad Sci. 2004 Dec; 1034: 326–37.
8. Kořenek A. Endometrióza a poruchy infertility, Gynekolog, 6 / 2001; 262–267.
9. Llaena Ibarguren R, Lecumberri Castanos D, Padilla Nieva J, Crespo Atin V, Martin Bazaco J, Azurmendi Sastre V, Pertusa Pena C. Related Articles, Links [Urinary endometrioma] Arch Esp Urol. 2002 Dec; 55(10): 209–15.
10. Lu PY, Ory SJ. Endometriosis: current management. Mayo Clin Proc 1995; 70: 453–63.
11. Moore J, Kennedy S. Related Articles, Links Causes of chronic pelvic pain. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2000 Jun; 14(3): 389–402.
12. Pathol Annu. 1988; 23 Pt 1: 67–104.
13. Price DT, Maloney KE, Ibrahim GK, Cundiff GW, Leder RA, Anderson EE. Related Articles, Links Vesical endometriosis: report of two cases and review of the literature. Urology. 1996 Oct; 48(4): 639–43.
14. Rev Clin Esp. 1990 Feb; 186(2): 74–81.
15. Romero Perez P, Lobato Encinas JJ, Perez Llorca LA, Mira Linares A. Related Articles, Links [Endometriosis of the bladder muscular layer as a cause of acute abdomen] Arch Esp Urol. 1995 May; 48(4): 395–7.
16. Sampietro Crespo A, Fernandez Duran AM, Ruiz Mondejar R, Fernandez Gomez J, Zazo Romojaro AF, Gomez Rodriguez A, Alvarez Fernandez FM, Blas Quilez JA. Related Articles, Links [Bladder endometriosis: a new case and review of the literature] Arch Esp Urol. 1995 Apr; 48(3): 314–7.
17. Sanchez Merino JM, Guilan Maquieira C, Garcia Alonso J. Related Articles, The treatment of bladder endometriosis. Spanish literature review Arch Esp Urol. 2005 Apr; 58(3): 189–94.
18. Sasaki H, Kawabata T. Related Articles, Links [A case of vesical endometriosis] Hinyokika Kiyo. 1967 Oct; 13(10): 723–40.
19. Silmi Moyano A, Blazquez Izquierdo J, Salinas Casado J, Gomez Vegas A, Corral Rosillo J, Lopez JA, Asenjo G, Gomez Ruiz J, Uson Calvo A. Related Articles, Links [Bladder endometriosis: review and presentation of 2 new cases].
20. Vercellini P, Cortesi I, Crisgnani PG. Progestins for symptomatic endometriosis: a critical analysis of the evidence. Fertil Steril 1997; 68: 393–401.
21. Vercellini P, Frontino G, Pietropaolo G, Gattei U, Daguti R, Crosignani PG. Related Articles, Links Deep endometriosis: definition, pathogenesis, and clinical management. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 2004 May; 11(2): 153–61.
22. Young RH. Related Articles, Links Pseudoneoplastic lesions of the urinary bladder.