

UTE močového měchýře je definována přítomností endometriotické tkáně pronikající různě hluboko od serózy do musculus detrusor vesicae. Léze bývají obvykle multifokální a postihují nejčastěji zadní stěnu a vertex močového měchýře spíše než části extraabdominální (2, 6, 7). Ureterální endometrióza představuje přítomnost endometriotické tkáně ve stěně ureteru, především levostranného. Ve 40% se jedná o lézi intrinsickou, vnitřní, kdy endometriotická léze invaduje do muscularis propria ureteru, v 60% případů je pak popisována extrinsická, vnější endometriotická léze, působící zevní kompresí ureteru. Nejvíce postižen bývá distální úsek ureteru (3–4 cm superiorně od ureterovezikální junkce) (3, 6, 8).

Kazuistika č. 1

V červenci 2021 byla na chirurgickém oddělení Nemocnice ve Frýdku-Místku hospitalizována 53letá pacientka pro opětovně vzniklé bolesti pravého podbřišku po provedené laparoskopické apendektomii. Bylo doplněno CT vyšetření břicha s nálezem incipientních abscesových kolekcí dorzocékálně, hodnoceno jako pooperační komplikace. Jako vedlejší nález na CT vyšetření bylo na ventrokraniální stěně močového měchýře vlevo popsáno denzní ložisko, nehomogenní struktury, hladkých kontur, vyklenující se do lumina močového měchýře (Obr. 1). V diferenciální diagnostice bylo pomýšeno na tumorózní expanzi či drobný pooperační hematoma stěny močového měchýře, protože operatér provádějící apendektomii uvedl nejistotu, zda trokarem neporanil močový měchýř. Na základě tohoto nálezu bylo indikováno urologické konzilium.

Obr. 1. CT vyšetření břicha a malé pánve s kontrastní látkou; šipkou označený intravezikálně prominující tumor při vertexu močového měchýře vlevo



Anamnesticky byla pacientka bez pozoruhodností, 2x podstoupila císařský řez. Jinak zcela bez chronické medikace, bez známých alergií, s negativní toxikologickou anamnézou. Strangurie, cystalgie, nefralgie, urgence mikce a úniky moče negovala, makroskopickou hematurii nepozorovala. V rámci vyšetření bylo doplněno ultrazvukové vyšetření ledvin, které bylo bilaterálně s normálním nálezem, močový měchýř byl pro malou náplň špatně hodnotitelný. Akutně bylo doplněno cystoskopické vyšetření, které přineslo nález polokulovitého ložiska na přední stěně pod vertexem. Ložisko bylo kryté sliznicí normálního vzhledu, v rámci ložiska byly patrné čtyři 2–3mm spoty modročerného zbarvení (Obr. 2). V diferenciální diagnostice možný postoperační hematoma stěny močového měchýře či melanom. K došetření bylo doporučeno vyšetření močového měchýře magnetickou rezonancí (MRI). Po úpravě stavu po antibiotické terapii abscesového ložiska a jeho regresi na kontrolním CT vyšetření byla pacientka dimittována domů. V blízké době bylo doplněno MRI vyšetření močového měchýře, při kterém radiolog popsal zesílení ventrokraniální stěny močového měchýře vel. kolem 20 × 12 × 20 mm, nativně T1 i T2 převážně hyposignální, na T1 i T2 sekvencích s potlačením tuku obsahující diskretní tečkovité hypersignální okrsky odpovídající hemoragii (Obr. 3). Ložisko nemělo přesvědčivý charakter tumorózní infiltrace, popisující radiolog se spíše přiklání k diagnóze intramurálního hematomu.

Pro susp. nález hematomu byla provedena kontrolní cystoskopie, kdy byla patrná mírná progresse velikosti a zbarvení ložiska. Dle endoskopisty se jednalo o možný melanom mo-

čového měchýře, hematoma se dle cystoskopického obrazu nejevil jako pravděpodobný.

Vzhledem ke stále nejasnému nálezu byla indikována transuretrální resekce ložiska, to bylo zresekováno v celé tloušťce svaloviny močového měchýře a vzorky odeslány k histologickému vyšetření. Dle výsledku histologie: sliznice a svalovina močového měchýře s ložisky prokrvácené cystické endometriózy. Imunohistochemicky potvrzena pozitivita estrogenových receptorů v epitelu a pozitivita CD10 ve stromatu endometriózy.

S daným nálezem byla pacientka odeslána ke kontrolnímu vyšetření do Centra pro léčbu endometriózy při nemocnici ve Frýdku-Místku. Při gynekologickém vyšetření byla pacientka bez nálezu dalších ložisek endometriózy a pro její časně menopauzální věk bez nutnosti další gynekologické intervence s doporučením pravidelných gynekologických prohlídek cestou spádového gynekologa.

Kazuistika č. 2

Devětatřicetiletá pacientka byla prvně hospitalizována v červnu 2022 v Městské nemocnici Ostrava Fifejdy, kde byla přijata pro žilní trombózu, která byla popsána na CT angiografii dolních končetin. Dle vyšetření byl nález distální trombózy pravé dolní končetiny ze stázy při těžké žilní hypertenzi, navíc s nálezem suspektního tumoru malé pánve s útlakem a sekundárně dilatovaným ureterem vpravo s hydronefrózou (Obr. 4). Dle CT nálezu byla vyslovena suspekce na tumor ovaria vpravo s kompresí ureteru. Na gynekologickém oddělení Městské nemocnice bylo provedeno kompletní vyšetření s násled-

Obr. 2. Cystoskopický pohled; polokulovité ložisko na přední stěně pod vertexem, ložisko kryté sliznicí normálního vzhledu, čtyři 2–3mm spoty modročerného zbarvení

