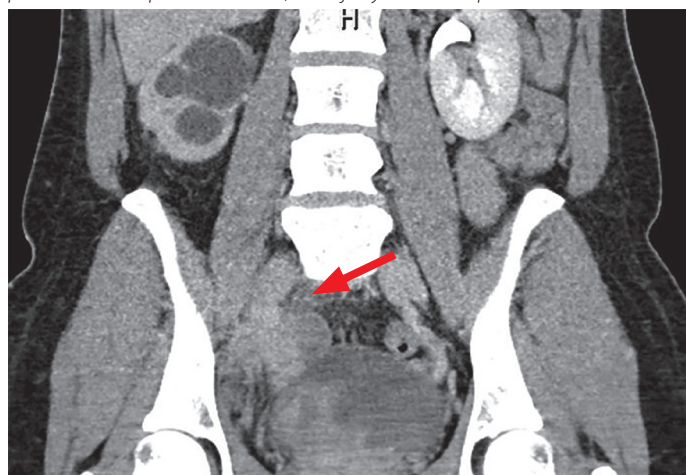


**Obr. 3.** MRI vyšetření močového měchýře v T2 vážené sekvenci. Šipkou označený hyposigální intravezikálně prominující tumorózní ložisko



**Obr. 4.** CT vyšetření břicha a malé pánve s kontrastní látkou. Zachycena hydronefóza vpravo s dilatací ureteru, ten zavzat v tumorózním ložisku malé pánve v oblasti pravého ovaria, které je vyznačeno šipkou



nou laparoskopickou revizí břišní dutiny bez jasného nálezu tumoru malé pánve, ojedinele se suspektními drobnými ložisky endometriózy pravého ovaria. Histologická verifikace nebyla provedena. Urologem byla doplněna cystoskopie s normálním nálezem v močovém měchýři, dále byla doplněna ascendentní ureteropyelografie vpravo s nálezem filiformního ureteru v 6 cm nejspíše při extraureterálním útlaku, nad ním ureter dilatován, byl zaveden JJ stent vpravo. Další došetření nebylo za hospitalizace indikováno a pacientka byla dimitována domů. Anamnesticky byla pacientka dispenzarizována pro doposud asymptomatickou endometriózu, v červnu 2022 byla vyšetřena gynekologem s normálním nálezem na ováriích. Pacientka nullipara, bez chronické medicíny, bez známých alergií, kuřačka (15 cig/den), alkohol příležitostně.

V červenci 2022 byla pacientka vyšetřena na urgentním příjmu naší nemocnice pro zvrážňující se bolest a edém pravé dolní končetiny. Pacientka pozorovala zvýraznění otoků v závislosti na menstruačním cyklu. Bylo doplněno gynekologické vyšetření s ultrazukovým nálezem per vaginam: adenomyóza dělohy, vpravo ovarium celkově 59×28 mm s 21 mm hypoechogenitou charakteru vs. endometriomu (Obr. 5). Bylo doplněno MRI vyšetření malé pánve s chudým nálezem: zvětšené pravé ovarium vel. 35×31×61 mm s prokrvácením jednoho z folikulů vel. 19 mm, lymfadenopatie při vasa iliaca externa l. dx. vel. 9×13 mm, malé množství volné tekutiny v cavum Douglasi.

O týden později byla pacientka přijata na interní oddělení Nemocnice ve Frýdku-Místku

pro febrilie, průjmy a bolesti v levém boku. Pro nespecifické obtíže při základní anamnéze bylo doplněno CT břicha a malé pánve s kontrastní látkou, kde oproti známým patologiím byly navíc známky neobstrukční pyelonefritidy levé ledviny, pravá ledvina byla hypotrofičká, bez zobrazené exkrece kontrastní látky i v odložené fázi CT vyšetření. Z kultivačního vyšetření moče náleží *E. coli* ESBL pozitivní. K přeléčení za vyššího hygienického režimu byla pacientka přeložena na naše urologické oddělení. Při znalosti kompletní anamnézy a vstupních symptomů bylo vysloveno podezření pro endometriózu malé pánve neznámého rozsahu. Pacientka byla odeslána ke konziliárnímu vyšetření do Centra pro léčbu endometriózy při Nemocnici ve Frýdku-Místku, kde dle závěru nešlo vyloučit infiltraci pravého ureteru endometriózou při pravém ovariu, které bylo fixováno ke stěně pánevní s endometriózním procesem pravého parametria. Byla doporučena laparoskopická disekce retroperitonea vpravo s odstraněním možné hluboké infiltrující endometriózy pravého parametria.

Vzhledem k CT nálezu hypofunkční pravé ledviny bez exkrece kontrastní látky byla doplněna dynamická scintigrafie ledvin s nálezem afunkce pravé ledviny (P ledvina 2%, L ledvina 98%). Pro tento náleží byl u pacientky indikován kombinovaný urogynekologický laparoskopický výkon s plánovanou nefrektomií vpravo. Ten pacientka podstoupila v prosinci 2022 s provedením resekce pravé pánevní stěny, adnexektomií l. dx, resekci fossa obturatoria l. dx, parciální dekomprese vasa iliaca l. dx a nefroretrektomií l. dx (Obr. 6). Pro riziko poranění

vena iliaca communis bylo ponecháno ložisko endometriózy kaudálně od bifurkace k event. odloženému výkonu s participací cévního chirurga. Histologicky byla prokázána přítomnost ložisek endometriózy ve všech vzorcích z malé pánve včetně kompletní infiltrace ureteru.

Při pooperační kontrole na urologické ambulanci pacientka udávala ještě mírné pobolívání v ráně, jinak bez potíží, pravá dolní končetina již byla prakticky bez přítomnosti edému. Pacientka nadále zůstává v dispenzarizaci Centra pro léčbu endometriózy při Nemocnici ve Frýdku-Místku. U pacientky je započata hormonální terapie, eventuální gravidita bude řešena cestou in vitro fertilizace (IVF).

## Diskuze

Pokroky v předoperační diagnostice a chirurgických technikách léčby endometriózy, zejména hluboké infiltrující endometriózy, vyžadují klasifikační systém, který zahrnuje všechny formy onemocnění včetně sekundárních adhezí. Přesná a komplexní klasifikace endometriózy je zásadní pro posouzení stavu onemocnění s ohledem na jeho rozsah, lokalizaci a klinicko-patologické důsledky. V posledním desetiletí byla zavedena Enzianova klasifikace, která je oproti starší revidované klasifikaci Americké společnosti pro reprodukční medicínu (r-ASRM) nejuvhodnějším nástrojem k preoperačnímu i operačnímu stanovení stadia hluboké infiltrující endometriózy. Nezahrnuje však endometriózu peritoneální nebo ovariální.

Keckstein a kol. ve své nedávné práci vytvořil nový klasifikační systém #Enzian pro