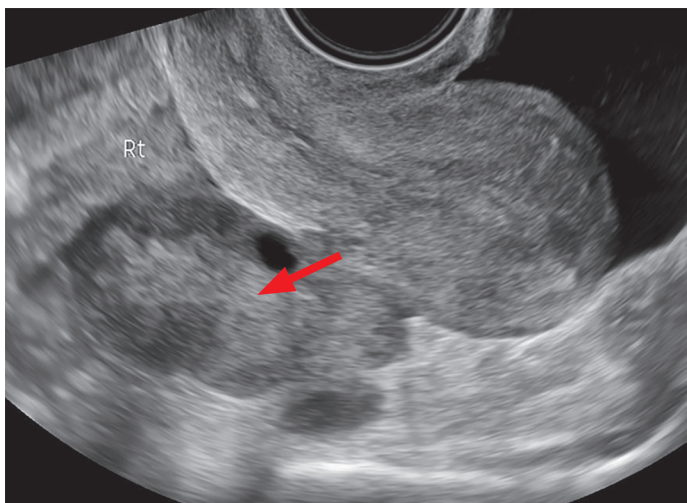
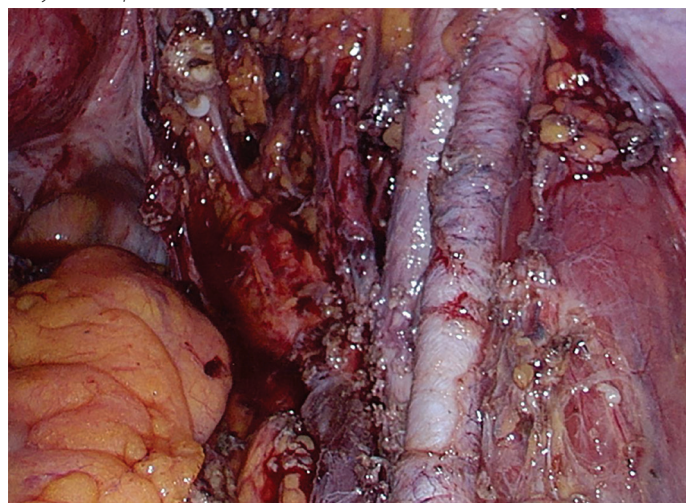


Obr. 5. Transvaginální sonografie; zastižena adenomyóza uteri, vpravo označeno šipkou ovarium celkové velikosti 59×28 mm s hypoechoigenou charakteru v.s. endometriomu



Obr. 6. Laparoskopický pohled při revizi dutiny břišní; st. p. nefroureterektomii l. dx, resekci pravé pánevní stěny, adnexectomii l. dx., resekci pravé obturátorové fossy, dekompresi vasa iliaca l. dx.



komplexní mapování endometriózy, včetně anatomické lokalizace, velikosti lézí, srůstů a stupně postižení přilehlých orgánů, který lze použít jak při diagnostice, tak při chirurgické terapii onemocnění. Dle této klasifikace je staging endometriózy močového měchýře a léze ureteru založen na preoperační diagnostice pomocí transvaginální a transabdominální sonografie a MRI a dále na peroperačním a histologickém nálezu (9).

Prevalence UTE se odhaduje 0,3–12% všech žen trpících endometriózou. Močový systém je po gastrointestinálním traktu druhým nejčastěji postiženým místem extragenitální endometriózy. Nejčastěji postiženým orgánem urotraktu je močový měchýř, a to v 84% všech UTE. Postmenopauzální výskyt endometriózy je extrémně vzácný, protože růst endometriotické tkáně je plně závislý na hladině estrogenu, která se po menopauze snižuje (2, 10, 11). DIE (ke které se UTE řadí) je definována invazí endometriálních žlázek a stromatu do retroperitoneálního prostoru či stěny pánevních orgánů nejméně 5 mm pod povrch peritonea.

Etiopatogeneze není zcela objasněna. Existuje řada teorií vzniku tohoto onemocnění, kdy nejčastěji bývá spojováno s retrográdní menstruací. Endometriální buňky se dostávají do peritoneální dutiny a implantují se do přilehlých orgánů urotraktu (12). Bylo prokázáno, že signifikantně vyšší riziko vzniku UTE je spojeno s operací malé pánve a císařským řezem. Dle studie Maccagnan a kol. 23–50% pacientek s endometriózou močového měchýře podstoupilo předchozí operaci v oblasti malé pánve (5, 7).

Symptomatologie je vyjádřena v 50–70% případů a je velmi variabilní v závislosti na velikosti, lokalizaci léze a vazbě na menstruační cyklus. Symptomatologie má cyklický charakter jen asi ve 40% případů, a to především v premenstruační periodě. Endometrióza klasicky způsobuje cyklické pelviálgie, dysmenoreu, dyspareunie a neplodnost. Typicky se u žen s endometriózou močového měchýře vyskytují dysurie, strangurie a akutní uretrální syndrom. Udává se, že až v 70% případů je vyjádřena jímající symptomatologie, jako je polakisurie, nykturie nebo inkontinence. Pacientky mohou udávat retropubický dyskomfort, tenezmy močového měchýře až bolest. Mohou trpět recidivujícími infekcemi močových cest či hematurií, která nemusí mít charakter menourie (7, 10). Při ureterální lézi může být až ve 25% případů vyjádřena tupá bolest hypogastria, makroskopická hematurie nebo nefralgie dle míry případné hydronefrózy při obstrukci ureteru (3).

UTE je nejčastěji zachycena jako náhodný nálezní při zobrazovacích vyšetřeních malé pánve nebo při cystoskopickém vyšetření. Rozhodující ke stanovení diagnózy UTE je biopsie tkáně s následnou histologickou verifikací. Ultrazvukové vyšetření je základní zobrazovací metodou v diagnostice lézí endometriózy. Transvaginální ultrazvukové vyšetření je schopno zhodnotit hloubku expanze endometriotické léze, implantační procesy distálních ureterů, patologické uzliny v okolí a přítomnost lézí na adnexech, uteru či rektu. Zlatým standardem je vyšetření MRI, které dle studií má při diagnostice endometriózy senzitivitu 88–100% a specifitu 98–100%

(3, 6). K vyloučení jiných patologických procesů močového měchýře by mělo být doplněno cystoskopické vyšetření. Při subslizniční propagaci lézí mohou mít ložiska endometriózy širokou škálu vzhledu dle podílu jizvení a prokrvácení. Důležitou úlohou cystoskopického vyšetření je dále určení vzdálenosti okraje ložisek od ureterálních ústí a stanovení tak správného operačního postupu. Pokud je tato vzdálenost menší než 5 mm, mělo by být uvažováno o provedení ureterocystoneoanastomózy ke snížení rizika ureterální obstrukce a tvorby fistul (6, 7).

Přístup k terapii UTE závisí na mnoha faktorech, jako je věk ženy, preference zachování fertility, závažnost symptomatologie, pokročilost onemocnění, výskyt lézí dalších anatomických struktur a stupeň menstruační dysfunkce. Terapie může být konzervativní, zahrnující watchful waiting a hormonální terapii, nebo chirurgická. Často se využívá kombinace jednotlivých terapeutických modalit. Konzervativní přístup s pravidelným sonografickým sledováním může být zvolen u pacientek s náhodným solitárním nálezem léze urotraktu, bez doprovodné symptomatologie a bez známek ureterální obstrukce. Nedílnou součástí komplexní péče je adekvátní terapie bolesti, psychologická podpora, fyzioterapie, dietní poradenství a terapie neplodnosti pacientky s plánováním IVF. Mezi alternativní postupy využívané celostní medicínou patří např. akupunktura a meditace (13).

Cílem hormonální terapie je vyvolat regresi endometriální tkáně agonisty a antagonisty GnRH, progesterony nebo kombinovanými