

kazuistika

ENDOMETRIÓZA MOČOVODU

URETERAL ENDOMETRIOSIS

Lukáš Wagenknecht¹, Jan Janděsek¹

¹Urologické oddělení Oblastní nemocnice
Kolín, a.s.

Došlo: 22. 7. 2013.

Přijato: 25. 10. 2013.

Kontaktní adresa

MUDr. Lukáš Wagenknecht
URO oddělení ON Kolín, a.s.
Žižkova 146, 280 02 Kolín 3
e-mail: wagi@seznam.cz

Střet zájmů: žádný.

Souhrn

Wagenknecht L, Janděsek J. Endometrióza močovodu

Kazuistika popisuje raritní případ pacientky s náhodně zjištěnou asymptomatickou hydronefrózou levé ledviny, redukcí parenchymu na 5 mm. Dle paraklinických vyšetření vy-sloveno podezření na tumor levého močovodu nejasné etiologie. Provedena dynamická scintigrafie ledvin, při níž verifikována afunkč-ní ledvina. Proto byla pacientka indikována k operačnímu řešení – nefroureterektomii vlevo. Bioptické vyšetření přineslo překvapivý

závěr: vnější tumoriformní endometrióza dis-tálního močovodu, ledvina s nehnisavou tubu-lointersticiální nefritidou a hydronefrózou.

Klíčová slova:

asymptomatická hydronefróza, ureterální en-dometrióza, nefroureterektomie.

Summary

Wagenknecht L, Janděsek J. Ureteral endo-metriososis

This case report describes a rare instance of a patient presenting with asymptomatic inci-dentally detected hydronephrosis of the left kidney, with reduction of the parenchyma to 5 mm. Based on paraclinical examinations, a preliminary diagnosis of a ureteral tumor of unknown etiology was made. The dynamic renal scintigraphy verified kidney malfunc-tioning and the patient was indicated for left side nephroureterectomy. Biopsy of the ureter yielded a surprising conclusion: extrinsic en-dometriosis of the distal ureter, non-infected kidney with tubulointerstitial nephritis and hydronephrosis.

Key words

asymptomatic hydronephrosis, ureteral endo-metriososis, nephroureterectomy.

ÚVOD

Endometrióza močového je velmi raritní onemocnění, představuje přibližně 1–6 % všech zjištěných případů endometriózy. Postihuje celý močový trakt – močový měchýř, močovod a ledviny, a to v poměru 40 : 5 : 1 všech případů. Onemocnění je většinou jednostranné, častěji vlevo, postihuje hlavně distální část močového. Podkladem je zmnožení endometritické tkáně kolem močového, v ojedinělých případech však i uvnitř močového. Podle stupně infiltrace stěny močového lze rozlišit dva typy endometriózy: vnitřní formu (infiltrace svalové vrstvy a urotelu) a zevní formu (endometriózu lze pozorovat pouze na adventicii močového), vyskytující se v poměru 1 : 4. Někdy se vyskytuje kombinace obou forem. Symptomatologie ureterální endometriózy není specifická, často jsou jedinými příznaky symptomy vlastní endometriózy, jako např. dyspareunie, pánevní bolesti a jiné. Ostatní symptomy jsou nespecifické pro endometriózu a jsou většinou důsledkem obstrukce ureteru (např. kolikovitě bolesti, bolest v lumbálních krajinách). Hematurie je vzácná. Dokonce i případy provázané s kompletní obstrukcí močového jsou však velmi často asymptomatické. Proto je diagnostika tohoto onemocnění velice obtížná.

KAZUISTIKA

Anamnéza: pacientka VH, 1960.

Nynější onemocnění: přijata pro náhodně zjištěnou hydronefrózu vlevo, provedeno CT vyšetření, kde podezření na tumor levého močového (obr. 1). Vzhledem k afunkci levé ledviny, která potvrzena dynamickou scintigrafií ledvin, indikována k operačnímu řešení – nefroureterektomii vlevo.

Osobní anamnéza: bezvýznamná.

Předchozí operace: stav po parciální thyreidektomii pro adenom 1989 – přechodně na hormonální substituci, stav po hysterektomii s oboustrannou adnexektomií, pro cystický tumor malé pánve – histologie: děloha s projevy ovulůzy, na čípku v asociaci s projevy mírné chronické cervicitidy, v jednom ovariu endometriální (Sampsonovy) cysty, v druhostranném ovariu zralý cystický teratom s dominujícími strukturami dermoidní cysty.

Farmakologická a alergická anamnéza: negativní.

Terapie: 10. 2. 2011 provedena nefroureterektomie vlevo, po jednodenní hospitalizaci na JIP přeložena na standardní lůžko, kde klidný pooperační průběh. Realimentaci toleruje, obnovena střevní pasáž, obnovena spontánní mikce, plně zrehabilitována, laboratorně stabilní, rány zhojeny per primam, 20. 2. 2011 dimise do ambulantní péče ve stabilizovaném stavu.

Histologické vyšetření: extrinsická (vnější) tumoriformní endometrióza distálního močového způsobující jeho kompresi, hydronefroticky změněná ledvina s doprovodnou chronickou nehnisavou tubulointersticiální nefritidou.

Dispenzarizace: kontrola 4 měsíce po operaci – plně zrehabilitována, bez obtíží, laboratorně v normě. Další dispenzarizace probíhala po 2–4 měsících, kdy vždy kompletně vyšetřena včetně laboratorních vyšetření a sonografického vyšetření. Pacientka do této doby bez komplikací.

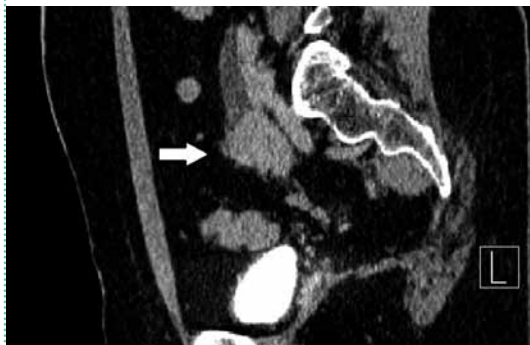
DISKUSE

Ureterální endometrióza je rozdělena na dvě základní skupiny – vnější a vnitřní formu. Vnější tvoří přibližně 80 % všech diagnostikovaných onemocnění.

Patofyziologie vzniku onemocnění není zcela známá, zvažuje se přímý přenos endometriální tkáně, lymfatické a hematologické šíření anebo metaplastická transformace Müllerových a Wolfových vývodů. V určitých případech, tak jako i v našem, předcházela vzniku endometriózy močového chirurgická intervence v malé pánvi, což také podporuje teorii přímého šíření onemocnění.

V 15 % případů se onemocnění projevuje dysmenoreou, pánevní bolestí, periodickou hematurií. Nejčastěji probíhá onemocnění asymptomaticky.

Diagnostika onemocnění je obtížná, většinou se onemocnění manifestuje náhodným nálezem hydronefrózy. Poté nám pomáhají zobrazovací metody, a to nejčastěji CT či přesnější MRI. Magnetická rezonance (MRI) je nejcitlivější vyšetření. Lze odlišit vnitřní a vnější formu endometriózy. Endometrióza v MRI obrazu je zobrazena jako hyposenzitivní uzel v T2 váženém obrazu či hypersenzitivní uzle v T1 váženém obrazu. Do úvahy taky připadá diagnostická ureteroskopie s biopsií. Tu ovšem lze užít pouze v případě vnitřní en-



Obr. 1.

CT po podání kontrastní látky intravenózně – šipka ukazuje na tumor močovodu

Fig. 1.

CT after administration of intravenous contrast material – the arrow points to the tumor ureter



Obr. 2.

CT po podání kontrastní látky intravenózně – šipka ukazuje na tumor močovodu

Fig. 2.

CT after administration of intravenous contrast material – the arrow points to the tumor ureter



Obr. 3.

CT po podání intravenózní kontrastní látky – šipka ukazuje na tumor močovodu

Fig. 3.

CT after administration of intravenous contrast material – the arrow points to the tumor ureter



Obr. 4.

CT po podání intravenózní kontrastní látky – šipka ukazuje na afunkční ledvinu vlevo s hydronefrózou

Fig. 4.

CT after administration of intravenous contrast material – the arrow points to the left non-functioning kidney with hydronephrosis

dometriózy močovodu, protože vnější nepostihuje urotel, a nelze tedy odebrat histologický materiál. Pokud na endometriózu předem nemyslíme, tak ostatní paraklinická vyšetření selhávají. Také lze provést diagnostickou laparoskopii s odběrem histologie z podezřelých ložisek. Povaha tkáně poté může být potvrzena imunohistochemicky s aktivitou na cytokeratin 7 a s receptory na progesteron, které jsou zastoupeny ve všech případech endometriózy, zatímco pozitivita na estrogeny receptory je pouze v 83 % případů.

Terapeutické možnosti jsou značně omezené. K farmakologické terapii jsou užívány hormonální léky, které vyvolávají dočasnou neaktivaci endometria, a tudíž ovlivňují celý menstruační cyklus. Stav tedy připomíná postmenopauzální období. Hormonální léčba u lokalizovaných, malých ložisek endometriózy dosahuje 80–90 % úspěšnosti, problémem však je, že až u 50 % pacientek se do roka od ukončení léčby problémy opakují. Mezi tyto léky lze zařadit agonisty gonadoliberinu (dipherelin), aplikuje se podkožně či intra-

muskulárně. Blokuje syntézu estrogenů, což vede i k nežádoucím účinkům, mezi které lze zařadit náladovost, deprese, migrény a poruchy spánku. Tyto příznaky jsou dočasné, trvají jen po dobu léčby, tzn. 3–6 měsíců a po vysazení léčby mizí. Jiným druhem hormonální léčby je užívání hormonální antikoncepce. Ta působí snížení hormonální stimulace ložisek endometriózy. Zároveň také snižuje v těle produkci působků, které zodpovídají za vnímání bolesti. Takto dosáhneme toho, že se ložiska v malé pánvi zmenšují a často vymizí i bolestivost, která provází menstruaci či koitus. Ve snaze ovlivnit pánevní bolest se používají i antidepresiva. Deprese totiž provází ženy s pánevní bolestí v 50 %, depresivní pacientky udávají vyšší intenzitu bolesti. Někdy lékař může poradit velmi efektivní léčbu, a to přerušení cyklu tím nejpřirozenějším způsobem, tj. graviditou. Pokud ovšem endometrióza způsobila neplodnost, tento druh léčby nebude efektivní.

V případě selhání konzervativní terapie je indikována léčba chirurgická. Účelem chirurgické intervence je odstranit kompletně ložisko endometriózy. V léčbě endometriózy močovodu se snažíme odstranit postiženou část. V dnešní době je tendence používat minimálně invazivní chirurgické metody k resekci postiženého úseku, v některých případech je nutné přistoupit až k nefroureterektomii.

ZÁVĚR

Endometrióza močovodu je benigní onemocnění, které postihuje ženy nejčastěji mezi 40.–45. rokem života. Dá se dobře terapeuticky ovlivnit, potíž je ale často v pozdní diagnostice onemocnění. Proto je potřeba na toto raritní onemocnění, které ale může vyústit až do renálního selhání, myslet a pokusit se ho diagnostikovat včas.

LITERATURA

1. **Stepniowska A, Grosso G, Molon A, et al.** Ureteral endometriosis – Clinical and Radiological Follow-up After Laparoscopic Ureterocystoneostomy. *Hum Reprod* 2011; 26(1): 112–116.
2. **Wein J, et al.** Anomalies of the upper urinary tract. *Campbell-Walsh Urology*, volume 4, 9. edition. Philadelphia: Saunders Elsevier 2007; 3287–3290, 3334–3339.
3. **Spaczynski R, Duleba A.** Diagnosis of Endometriosis. *Semin Reprod Med* 2003; 21(2): 193–208.
4. **Kawaciuk I.** Anomálie pánvičky a močovodu. *Urologie*, 1. vyd. Praha: Galén 2009; 109.
5. **Ponticelli C, Graziani G, Montanari E.** Ureteral endometriosis: a rare and underdiagnosed cause of kidney dysfunction. *Nephron Clin Pract* 2010; 114(2): 89–93.