

Vyšetření při podezření na endometriózu by mělo zahrnovat odběr anamnézy, fyzikální vyšetření a paraklinická vyšetření, jako laboratorní vyšetření, zobrazovací a endoskopické vyšetření.

V rámci anamnézy pátráme po doprovodné symptomatologii, důraz by měl být kladen na anamnézu podstoupených pánevních operací či císařských řezů. Ženy s endometriózou urotraktu mají téměř ve 40 % endometriotické léze i na jiných anatomických místech, proto by mělo být doplněno gynekologické bimanuální vyšetření per vaginam, vyšetření v zrcadlech a vaginálním ultrazvukem, které odhalí palpovatelné cystické expanze uterosakrálních ligament, vaginy, Douglassova rektovaginálního prostoru a rektosigmoidea. V zrcadlech jsou viditelné léze na děložním čípku nebo vaginální sliznici, transvaginálním ultrazvukem jsou patrné případné adnexální masy a lze posoudit imobilitu nebo laterální posun dělohy (4, 11).

Pacientkám by mělo být provedeno laboratorní vyšetření krve pro odhalení možné anemizace při BE a ke zhodnocení renálních funkcí, které mohou být akutně či chronicky alterovány na podkladě přítomné obstrukce při UE. Při symptomatologii močových cest a suspekci na infekci by měl být proveden rozbor močového sedimentu, případně provedeno kultivační vyšetření moče. V rámci diferenciální diagnostiky se dále doporučuje cytologické vyšetření moče pro vyloučení karcinomu močového měchýře. Vhodným laboratorním ukazatelem přítomnosti DIE by se v budoucnu mohlo stát stanovení plazmatické koncentrace IL-33 (10).

Ultrazvukové vyšetření je základní zobrazovací metodou v diagnostice UTE. Transabdominální ultrazvukové vyšetření (TAS) slouží k zachycení případných ledvinových lézí či ke zhodnocení dilatace KPS, dilatace subrenálního ureteru a tloušťky parenchymu ledvin. Pomocí UZ naplněného močového měchýře jsme pak schopni detekovat ztlustění jeho stěny či přítomnou intravezikální expanzi.

Citlivěji však případné endometriotické změny urotraktu zobrazí transvaginální ultrazvukové vyšetření (TVS), kterým jsme schopni zhodnotit hloubku expanze endometriotické léze, implantační procesy distálních ureterů, patologické uzliny

v okolí a přítomnost lézí na adnexech, uteru či rektu. Endometriotické noduly mají na UZ heterogenní echogenitu, jsou často sférického tvaru a při Dopplerově zobrazení může být přítomna jejich hypervaskularizace. Doporučuje se TVS středně naplněného měchýře, při kterém se vytváří anechogenní akustické okno, které usnadňuje detekci uzlů podél stěny močového měchýře. Naproti tomu nadměrná náplň močového měchýře odtlačuje jeho vertex od vaginální sondy, což může ztěžovat detekci nodulu v této oblasti. Maximální průměr lézí se pohybuje mezi 10 a 50 mm. Děloha je vždy v anteflexi. Kombinace TAS a TVS by mělo být při podezření na UTE vyšetřením první volby (3, 5).

Při suspektním nálezů na TAS/TVS je nezbytné doplnění MRi nebo CT vyšetření. K došetření hydronefrózy či hydroureteru je nejvhodnější CT vyšetření s vylučovací urografií, které nám poskytne informace o lokalizaci a tíži obstrukce ureteru. Zlatým standardem je vyšetření magnetickou rezonancí, které dle studií má při diagnostice endometriózy senzitivitu 88–100 % a specifitu 98–100 %. Endometriotická léze se na MRi nejčastěji zobrazuje jako hyposignální uzel na T2 vážených sekvencích s častými hypersignálními okrsky na T1 vážených sekvencích s potlačením tuků. Uzel se obvykle nachází na úrovni vezikouterinního úhlu a zahrnuje svalovou vrstvu měchýře, případně invaduje až subslizničně. UE se typicky zobrazuje jako uzlík s nízkou intenzitou signálu v T2 vážených sekvencích, část je spojená retraktilními adhezemi s okolní tukovou tkání. MRi vyšetření je nejen důležitým diagnostickým nástrojem, ale i s ohledem na další event. léze v jiných anatomických lokalizacích je klíčová při volbě nejvhodnějšího operačního přístupu a radikality terapie (3, 5).

K vyloučení jiných patologických procesů močového měchýře by mělo být doplněno cystoskopické vyšetření. Vzhledem k intraperitoneálnímu původu lézí a jejich různé invadaci do stěny močového měchýře může být cystoskopické vyšetření negativní. Při subslizniční propagaci lézí mohou mít při cystoskopii ložiska endometriózy širokou škálu vzhledů dle podílu jizvení a prokrvácení, od bělavých okrsků, přes noduly normálně zbarvené sliznice až po tmavěmodrá, fialová, tmavěhnědá či