

černá ložiska. Jejich morfologie se může také lišit v závislosti na menstruačním cyklu, kdy během menstruace bývají ložiska lépe rozlišitelná, jsou větší a bulózní. Nejčastěji dosahují velikosti 10–30 mm a sliznice bývá většinou intaktní. Důležitou úlohou cystoskopického vyšetření je dále určení vzdálenosti dolního 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 ureteroneocystostomie ke snížení rizika ureterální obstrukce a tvorby fistul (5, 6).

TERAPIE UTE

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 (11).

Hormonální terapie

Cílem hormonální terapie je vyvolat regresí endometriální tkáně. Tato terapie je společná pro léčbu endometriózy jakékoliv lokalizace. Využívají se agonisté a antagonisté GnRH, progesterony a kombinované kontraceptivní preparáty dostupné ve formě perorálních tablet, intrauterinního tělíska, subkutánního implantátu nebo depotních injekcí. Hormonální terapie zlepšuje symptomatologii a indukuje dočasnou regresí ložisek UTE. Je nejčastěji volena v léčbě mladších pacientek s přáním za-

chování fertility, kdy léze UTE dosahují méně jak 5 mm v průměru. Dle studií se jako nejvýhodnější jeví terapie IUD s levonorgestrem, který zajišťuje vysoké koncentrace látky v endometriální tkáni při nízkých plazmatických koncentracích. Ženy dobře reagující na hormonální terapii mohou v léčbě pokračovat až do menopauzy, případně do doby, kdy si přejí otěhotnět. Podmínkou je ovšem regredující, potažmo stacionární nález endometriotických lézí. V okamžiku, kdy dojde k např. superponované hydronefróze, je indikováno chirurgické řešení. Míra relapsů UTE po přerušení hormonální terapie dosahuje až 56 % (4, 6, 11).

Chirurgická terapie BE

Zahrnuje různé chirurgické přístupy volené na základě pečlivé preoperační diagnostiky. Zásadní preoperační faktory jsou: (1) vyloučení vezikální malignity, (2) zjištění přesné polohy uzlu BE a stanovení vzdálenosti od ureterálních ústí a (3) ozřejmění event. léze ureteru. Znalost těchto faktorů vede ke zvolení adekvátního přístupu nutného k dosažení kompletní excize lézí UTE, což představuje jediný způsob zabránění recidivy onemocnění. Úplná excize navíc vede k významnému ústupu symptomů včetně bolesti a k celkovému zlepšení kvality života. Fedele et al. prokázali, že největším rizikovým faktorem recidivy po chirurgické léčbě BE byl věk pacientky. Při nižším věku pacientky jsou tak pravděpodobně voleny méně radikální operační přístupy, které mohou vést k nekompletnímu odstranění léze (4).

Transuretrální resekce

TUR je vhodným výkonem u solitární léze menší než 10 mm, u premenopauzálních žen s přáním zachování fertility a v případě prvotní diagnózy BE s nutností histopatologické verifikace. S výhodou lze pacientce nabídnout hormonální terapii GnRH a TUR močového měchýře. Tato kombinovaná terapie zajišťuje kompletní vymizení klinických příznaků a pokles rizika odhadované recidivy po ukončení hormonální terapie na 25 %. Rizikem tohoto výkonu je nutnost resekce lézí až do paravezikálního tuku (tedy vytvoření perforace měchýře) k zajištění kompletní resekce. Tímto způsobem je možné