

ošetření extraabdominálně uložených lézí. Řešením je pak ponechání pacientky na močovém katétru nejméně 7 dní dle velikosti perforace, kdy dojde ke spontánnímu zhojení (4, 11, 12).

Parciální cystektomie

Je záchovným výkonem, který zahrnuje chirurgickou excizi BE a okolní stěny močového měchýře v plné šíři. Segmentální resekce močového měchýře pro endometriózu detruzoru je relativně jednoduchým a bezpečným operačním postupem. Dle studií dosahuje parciální cystektomie téměř 100% úspěšnosti ve vymizení symptomatologie a mizivé procento recidiv v oblasti močového měchýře. Souběžně prováděná cystoskopie může zlepšit definování okrajů endometriotické léze intravezikálně a dosažení tak nejvhodnějších resekcí okrajů. Pokud je vzdálenost ureterálního ústí od léze menší jak 20 mm, doporučuje se preventivní peroperační zavedení ureterálních katétrů nebo JJ stentů. Závěrem výkonu by měla být provedena peroperační těsnicí zkouška nebo odloženě provedena cystografie s kontrastní látkou k vyloučení paravezikálního leaku. Močový katétr by měl být ponechán po dobu 7–10 dní k prevenci vytvoření vezikální fistuly. V případě potvrzení paravezikálního leaku při kontrolní ascendentní cystografii je nutné ponechat močový katétr až 3 týdny (3, 6, 12, 13).

Laparotomická parciální cystektomie

Výkon se provádí z dolní střední laparotomie nebo Pfannenstielova řezu. Nejpriznivější anatomickou lokalizací endometriotické léze je vertex močového měchýře. Operačně složitější je pak postižení zadní stěny, kde vznikají četné adheze s přední stěnou dělohy a peritoneem excavatio vesicouterina. Do procesu adheze jsou obvykle zavzaty i obě ligg. teres uteri. Léze s bezpečným okrajem stěny měchýře se resekují mechanickými nůžkami nebo unipolární elektrokoagulací. Závěrem se provede příčná sutura měchýře v jedné nebo dvou vrstvách (3, 4).

Laparoskopická parciální cystektomie

V dnešní době je laparoskopická parciální cystektomie nejvyužívanější modalitou, která dosahuje stejných terapeutických výsledků jako laparotomie, výhodou jsou ale menší krevní ztráty, zkrácení doby operace, zkrácení hospitalizace a rychlejší rekonvalescence, výrazně nižší pooperační bolesti a jiné komplikace a celkově lepší estetický výsledek. Laparoskopický přístup zahrnuje disekci vezikouterinního prostoru za účelem mobilizace endometriotické léze a resekci stěny měchýře s dostatečným bezpečnostním lemem. Sutura se většinou provádí v jedné vrstvě. Závěrem je doporučeno provést kontrolní peroperační cystoskopii s těsnicí zkouškou a kontrolou integrity ureterálních ústí. Laparoskopický přístup také umožňuje současnou sanaci extravezikálních lézí a případné provedení bilaterální adnexektomie (s hysterektomií nebo bez ní) jako preferovaného terapeutického postupu u pacientek bez přání zachování fertility nebo u pacientek premenopauzálních (4, 6, 14).

Robotická chirurgie

Roboticky asistovaná laparoskopie je trendem poslední dekády a našla uplatnění napříč mnohými obory včetně urologie a gynekologie. Ve srovnání se standardní laparoskopií má roboticky asistovaná laparoskopie výhodu vyšší volnosti instrumentace a peroperační manipulace. Vzhledem k vysokým nárokům na erudici operátora a vyšším nákladům je však tento přístup centralizován do velkých zdravotnických zařízení, které touto technikou disponují (13).

Chirurgická terapie UE

Chirurgická terapie UE je zaměřena na zmírnění ureterální obstrukce a zamezení recidivy UE s možnou reobstrukcí. Konkrétní chirurgická modalita je zvolena dle symptomatiky, lokalizace UE, rozsahu komprimovaného segmentu a na rozvoji renální insuficience. Při průkazu ureterální obstrukce s alterací renálních funkcí je indikováno bezodkladné zavedení JJ stentu nebo punkční perkutánní nefrostomie bez ohledu na způsob následné chirurgické intervence. Chirurgická léčba UE zahrnuje konzervativnější ureterolýzu s odstraněním přilehlého extrinsického ložiska hluboké