

infiltrující endometriózy nebo radikální přístupy, jako je ureterektomie s end-to-end anastomózou, ureteroneocystostomie nebo nefroureterektomie. Volen je laparotomický či laparoskopický přístup. Podmínkou pro zachování a rekonstrukční chirurgické výkony je zachovalá funkce ledviny ožřejměná pomocí dynamické scintigrafie ledvin (3, 8, 12).

Ureterolýza představuje rozvolnění adhezí s okolními anatomickými strukturami a excizi lézí endometriózy. Tento výkon je indikován u minimální, extrinsické a pouze parciálně obturující UE. Naproti tomu je kontraindikován u pacientek s kompletní ureterální obstrukcí. Excize a mechanické rozvolnění okolní endometriózy jsou doporučena před ablací, protože ta zvyšuje riziko tepelného poranění ureteru s rizikem další obstrukce a fistulace. Při současném chirurgickém řešení DIE malé pánve je ureterolýza a identifikace průběhu ureterů zásadní. Volen by měl být také nervy šetřící postup s přesnou identifikací hypogastrických nervů pro zachování správné funkce močového měchýře, střev a sexuálních funkcí (3, 8).

Uretero-ureterální anastomóza je postupem volby pro krátký úsek postižený lézí UE střední nebo horní třetiny ureteru, kdy je tato část ureteru resekována a dle nálezu jsou pak konce ureterů k sobě sešity end-to-end anastomózou (14).

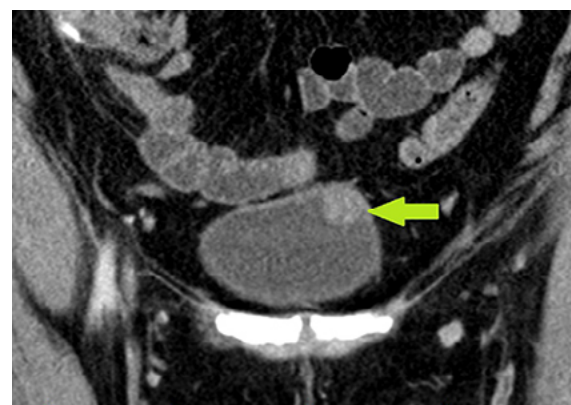
V případě rozsáhlejšího postižení distálního úseku ureteru s těžkou stenózou je indikováno provedení transuretero-ureterální anastomózy, kdy je proximální intaktní část ureteru translokována a je vytvořena end-to-side anastomóza kontralaterálního ureteru. Alternativou je provedení ureteroneocystostomie, ta je metodou volby i v případě, je-li léze BE ve vzdálenosti menší než 5 mm od ureterálního ústí nebo je-li ústí v lézi přímo zavzato. Po transekcii ureteru proximálně od postiženého úseku se ureter reimplantuje do stěny močového měchýře. Před dokončením přední části anastomózy je nutné zavedení JJ stentu. Antirefluxní mechanismus je zajištěn vytvořením šikmého subslizničního tunelu, kterým ureter ve stěně močového měchýře probíhá. Pro dosažení beznapětové anastomózy u resekce distální třetiny ureteru je nutné provedení psoas-hitch techniky. JJ stent je ponechán 6 týdnů. Boariho laloková plastika

je indikována v případě větší vzdálenosti mezi koncem resekovaného ureteru a močovým měchýřem (do 10–15 cm) k vytvoření beznapětové anastomózy (3, 12, 13).

Při průkazu přetrvávající hypo/afunkce ledviny pomocí dynamické scintigrafie na podkladě dlouhodobé obstrukce, a to i po zajištění derivace močových cest, je indikována nefroureterektomie se sanací hluboké břišní endometriózy jako konečné řešení.

KAZUISTIKA Č. 1

V červenci 2021 byla na chirurgickém oddělení Nemocnice ve Frýdku-Místku hospitalizována 53letá pacientka pro opětovně vzniklé bolesti pravého podbřišku po provedené laparoskopické apendektomii. Bylo doplněno CT nativní vyšetření břicha s nálezem incipientních abscesových kolekcí dorsocékálně, hodnoceno jako pooperační komplikace. Jako vedlejší nález na CT vyšetření bylo na ventrokraniální stěně moč. měchýře vlevo popsáno denzní ložisko, nehomogenní struktury, hladkých kontur, vyklenující se do lumina močového měchýře (Obr. 1). V dif. dg. bylo pomýšleno na tumorózní expanzi či drobný pooperační hematoma stěny močového měchýře, protože operatér provádějící apendektomii uvedl nejistotu, zda trokarem nepo-



Obr. 1. CT vyšetření břicha a malé pánve s kontrastní látkou; šipkou označený intravezikálně prominující tumor při vertexu močového měchýře vlevo

Fig. 1. CT scan of the abdomen and pelvis with contrast; an intravesical protruding tumor at the vertex of the bladder on the left marked by an arrow