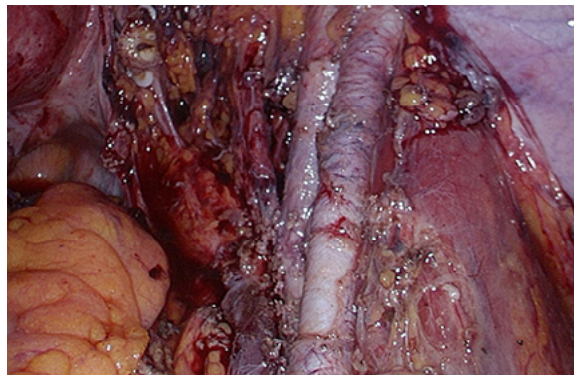


v levém boku. Pro nespecifické obtíže při základní anamnéze bylo doplněno CT břicha a malé pánve s k. l., kde oproti známým patologiím byly navíc známky neobstrukční pyelonefritidy levé ledviny, pravá ledvina hypotrofická, bez zobrazení exkrece kontrastní látky i v odložené fázi CT vyšetření. Z kulturačního vyšetření moče nález *E. coli* ESBL pozitivní. K přeléčení za vyššího hygienického režimu byla pacientka přeložena na urologické oddělení NEMFM. Při znalosti kompletní anamnézy a vstupních symptomů bylo vysloveno podezření pro endometriózu malé pánve neznámého rozsahu. Pacientka byla odeslána ke konziliárnímu vyšetření do Centra pro léčbu endometriózy při NEMFM, kde dle závěru nešlo vyloučit infiltraci pravého ureteru endometriózou při pravém ovariu, které fixováno ke stěně pánevní s endometriózním procesem pravého parametria. Byla doporučena laparoskopická disekce retroperitonea vpravo s odstraněním možné hluboké infiltrujiící endometriózy pravého parametria.

Vzhledem k CT nálezu hypofunkční pravé ledviny bez exkrece kontrastní látky byla doplněna dynamická scintigrafie ledvin s nálezem afunkce pravé ledviny (P ledvina 2 %, L ledvina 98 %). Pro tento nález byl u pacientky indikován kombinovaný urogynekologický laparoskopický výkon s plánovanou nefrektomií vpravo. Ten pacientka podstoupila v prosinci 2022 s provedením resekce pravé pánevní stěny, adnexektomie l. dx, resekce fossa obturatoria l. dx, parciální dekomprese vasa iliaca l. dx a nefroureterektomie l. dx (Obr. 6). Pro riziko poranění vena iliaca communis bylo ponecháno ložisko endometriózy kaudálně od bifurkace k event. odloženému výkonu s participací cévního chirurga. Histologicky byla prokázána přítomnost ložisek endometriózy ve všech vzorcích z malé pánve včetně kompletní infiltrace ureteru.

Při pooperační kontrole na urologické ambulanci pacientka udávala ještě mírné pobolívání v ráně, jinak bez potíží, PDK již byla prakticky bez přítomnosti edému. Pacientka nadále zůstává v dispenzarizaci Centra pro léčbu endometriózy při NEMFM. U pacientky započata hormonální terapie, eventuální gravidita bude řešena cestou IVF.



Obr. 6. Laparoskopický pohled při revizi dutiny břišní. *St. p. nefroureterektomii l. dx, resekci pravé pánevní stěny, adnexectomii l. dx, resekci pravé obturatorové fossy, dekompresi vasa iliaca l. dx.*

Fig. 6. Laparoscopy view during revision of the abdominal cavity. *St. p. nephroureterectomy l. dx, resection of the right pelvic wall, adnexectomy l. dx, resection of the right obturator fossa, decompression of vasa iliaca l. dx.*

DISKUZE

Symptomatologie endometriózy urotraktu je často chudá a nespecifická. První projevy onemocnění mohou být vyjádřeny až při pokročilém nálezu, který vyžaduje radikální chirurgické řešení. Kazuistiky popisují možné diagnostické rozpaky u dvou forem endometriózy postihující močové cesty, kdy jednoznačné potvrzení diagnózy přináší až histologie daného ložiska. Vyšetření magnetickou rezonancí je zlatým standardem při diagnostice tohoto onemocnění, odvíjí se však od zkušeností radiologa daného pracoviště.

Terapie endometriózy urotraktu zahrnuje široké spektrum modalit od watchful waiting, přes farmakoterapii až po radikální chirurgické výkony v závislosti na konkrétním nálezu, prognóze a pokročilosti onemocnění, věku, komorbiditách a preferencích pacientky. Důležitým faktorem rozhodovacího procesu eventuální intervence jsou zkušenosti operátora s daným výkonem, přístrojové vybavení a možnosti mezioborové spolupráce daného pracoviště a to nejen na operačním sále.

Historicky byla endometrióza považována za čistě gynekologické onemocnění. Stále více se však