

hypersignálního methemoglobinu s asignálním lemem hemosideru, což odpovídá více než sedm dní starému hematomu. V klinickém kontextu byl tedy útvar považován za endometriózu, ale odpovídal i prvnímu histologickému nálezu částečně resorbovanému hematomu. Takže klinické podezření stále trvalo a dosavadní provedená vyšetření diagnózu nepotvrdila a ani nevyloučila. Bylo tedy nutné diagnózu potvrdit nebo vyloučit. I přesto však v mezidobí byla indikována hormonální terapie.

Pro diagnostiku endometriózy močového měchýře je nejcennější cystoskopie a biopsie. Cystoskopický nález se může měnit v závislosti na fázi menstruačního cyklu. Ložiska endometriózy jsou nepravidelného tvaru, často laločnaté a jsou podbarvena modrou až hnědou barvou (2, 3, 4).

Klíšťková biopsie je obvykle nedostačující a její negativní histologický nález nevylučuje diagnózu endometriózy. Transuretrální biopsie je obvykle dostačující pro diagnózu endometriózy. Jako definitivní terapeutické řešení ale není doporučována, protože jakýkoliv pokus o úplnou resekci může skončit perforací močového měchýře. Konečná diagnóza je stanovena na základě histologického nálezu. Histologické nálezy jsou jednotné a vyznačují se přítomností žlázek endometria (2, 4, 5).

První histologický nález v prezentované kazuistice získaný transuretrální biopsií odpovídal pouze částečně resorbovanému hematomu stěny močového měchýře. Endometrióza nebyla prokázána ani po imunohistochemickém vyšetření vzorků (estrogen receptor, progesteron receptor, CD 10). Až druhý histologický nález získaný klíšťkovou biopsií prokázal ložisko endometriózy, které bylo potvrzeno i imunohistochemicky. Příčin, proč nebyla endometrióza prokázána při první biopsii, mohlo být několik např. malý objem biopsického vzorku, mechanické nebo termické poškození tkáně a také se mohlo jednat o výběrovou chybu (sampling error).

Diagnostika a zejména terapie endometriózy nejen uropoetického traktu by měla být sou-

středěna do specializovaných center, kde jsou zkušené operační týmy a odpovídající přístrojové vybavení. Terapii endometriózy močového měchýře můžeme rozdělit na medikamentózní, chirurgickou a případně kombinovanou. Medikamentózní terapie endometriózu nevyléčí zcela, jen zmírní obtíže. Doporučuje se užívání agonistů GnRH, danazolu, kombinované hormonální antikoncepce a progestinů. Chirurgická terapie zahrnuje transuretrální resekci a resekci močového měchýře. Transuretrální resekce se téměř rovná kontrolované perforaci a je zatížena vysokou mírou recidivy (25–35 %). Resekce močového měchýře, ať už otevřená nebo laparoskopická, přináší výborné výsledky. Ani multioborová spolupráce a zkušené operační týmy ve specializovaných centrech nejsou zárukou úspěšného a nekomplikovaného průběhu. Pooperační komplikace včetně iatrogenního poranění se vyskytují až v 25 % případů (1, 3, 4, 7).

V prezentované kazuistice došlo k iatrogenní perforaci močového měchýře bezprostředně po jednoduché urologické operaci. K perforaci došlo v místě ložiska endometriózy, které tvořilo locus minoris rezistence. Kompletní diagnostika, zajištění pacientky včetně překladu na urologickou kliniku a operační revize byly realizovány do 24 hodin od operace, tedy bez nebezpečí z prodlení.

## ZÁVĚR

Cílem prezentované kazuistiky je připomenout toto z urologického hlediska vzácné onemocnění. Kazuistika upozorňuje na možné diagnostické rozpaky a komplikace dané omezenou zkušeností urologa s touto diagnózou. Diagnostika a terapie endometriózy nejen uropoetického traktu vyžaduje multioborovou spolupráci a měla by být soustředěna do specializovaných center.

## LITERATURA

1. Kučera E (ed.). Moderní gynekologie a porodnictví: Endometrióza. Praha: LEVRET, 2012(21). ISSN 1211-1058.
2. Klečka J, Klízl P, Mašková V, Grill R. Endometrióza urogenitálního traktu. Urologické listy 2013(3): 40–42.