

- 2 -

Eraldine äratõmme ajakirjast EESTI ARST 1933 — lisa: XI Eesti Arstidepäeva protokollid.

13. REINHOLD KLEITSMAN — Tartu: Endometrioididest.

Endometrioidsed heterotoopiad, s. o. näärmelised, emaka limanahale sarnased vohamised, mis on kirjeldatud endometrioidide, adenofibrooside, adenomüoside, endometrioomide jt. nimede all, tulevad esile nii nais-suguelundite piirkonnas kui ka väljaspool seda. Histoloogiliselt on need väljaspool loomulikku endomeetriumi esile tulevad heterotoopiad, ükskõik kus neid ka ei leita, sarnased ja identsed emaka limanahale ja kujutavad endist näärmelisi moodustisi, mis on kaetud silindrilise või kuubilise epiteeliga ja on ümbritsetud tsütogeense stroomaga (Kölliker'i „tsütogeenne sidekude“ ja His'i „lümfadenoidne põhisubstants“). Selles stroomas leidub mõnkiord ka lihaskiudude kimpe. Funktsionaalselt on see kude ühenduses munasarjadega ja teeb läbi samuti kui emaka limanahki tsüklilisi muutusi Graaf'i folliikuli ja kollaskeha mõjul, teeb läbi detsiduaalse reaktsiooni raseduse ajal ja taandarengu kastreerimise puhul ja klimakteeriumis. Nii jälgivad need epiteelsed moodustised morfoloogiliselt kui ka funktsionaalselt emaka limanahka. Oma infiltreeriva kasvu ja peale nende kõrvaldamist retsidiive anda võiva omaduse tõttu nad tuletavad meelde blastomatoosseid moodustisi.

Endometrioidide haiguspilte kirjeldas küll esimesena 1882. a. Babes, kes näärmelisi moodustisi vaatles emakamüoomides. Chiari kirjeldas 1887. a. esimest korda õieti *isthmus tubae* osas kasvajataolisi sõlmi (mida ka küll varem juba olid näinud Rokitsansky, Forster, Meckel ja Simson) ja mida hiljem Schauta kirjeldas kui munajuha *pars isthmica* ja *intramuralis'*c adenomüoose, tarvitades *salpingitis isthmica nodosa* nimetust.

1896. a. tuli v. Recklinghausen oma teisesneeru („*Urnieren*“) hüpoteesiga välja. Välja minnes adenomüoside pesa ehitusest ja lokalisatsioonist, arvas tema, et need tekivad teisesneeru koest, arvamine, mida ka L. Pick pooldas. Rob Meyer lükkab selle teooria kõrvale, ja püüab näidata, et siin on tegemist postfetaalses elus esiletuleva limanaha vohamisega. Haiguse põhjuseks on põletik. Väljaspool emakat ettetuleva endometrioidide vohamise põhjuseks peavad Ivanov (1898), Opitz jt. metaplastilist tekkimist kõhukelme seroosa epiteelist, kuna histoloogiliste uuringuiga on kindlaks tehtud ühendus vohamiste pesade näärmete ja seroosa epiteeli vahel. 1912. a. Franke astub vastu R. Meyer'i arvamisele, et ainuüksi põletik võib etioloogiliselt põhjustada endometrioidi, millega hiljem nõustub ka R. Meyer. Uuest seisuko-

hast püüavad S a m p s o n (1922) ja H a l b a n (1924) intraperitoneaalsete vohamiste tekkimisi seletada. Nad ei usu kohapealset endometriooosi tekkimist, vaid arvavad, et siin on tegemist emaka limanaha tükikeste külviga (nn. implantatsiooniteooria). S a m p s o n usub külvesse munajuha kaudu järgneva peritoneaalse külviga (autoimplantatsioon). Tema soovi — mõne ovariaalhemitoomi (šokolaadtsüsti) tekkimist seletada ektoopilise edomeetriumi koega, tervitati kui edusammu naissuguelundite patoloogia nähtude seletamiseks. H a l b a n tahab seletada endometriooosi tekkimist metastaaside sarnaselt lümfiteede kaudu (*hysteroadenosis metastatica*). Kõige uuemal ajal on H e i m ja de S n o o arvamist avaldanud, et endometriooosid võivad tekkida arenemisvõimelisist mesenhüüm-rakest.

Vist on küll N e u m a n n'il ja S e i t z'il õigus, kui nad arvavad, et endometriooosel ei ole üksainus tekkimispõhjus.

Ülevaade, mida saame kirjanduses seni avaldatud juhtudest, võimaldab meil otsustada, et adenomüoosid tulevad esile järgmiselt:

I. Naise genitaalorus (*adenomyosis interna*): a) tupevõlvides, emaka tupeosal, emaka kehas; b) munajuhades.

II. Väljaspool naise genitaaloru (*adenomyosis externa*): a) vaagnapiirkonnas; munasarjadel ja nende sidemeil, kõhukelmel, eriti munajuhade läheduses, Douglas'e õõnes, soolte seroosel kestal (eriti ileotsäkaalses piirkonnas, ussjätkel, *flexura sigmoidea*'l, pärasoolel), siis emaka sidemeil, ja parametraanses koes ja mõnikord ka perivesikaalses koes; b) väljaspool vaagna piirkonda: laparotomia haavas allpool naba, ka nabas eneses, kubeme piirkonnas ja ka lahklihal.

Ülevalpool naba endometrioose ei ole täheldatud. *Adenomyosis uteri interna* laseb juba makroskoopiliselt ära tunda valkjast koes väikesi halkjaid limanaha saarekesi, mis sügavalt tungivad keskmistesse lihaskihtidesse. Etioloogiliselt võiks arvesse tulla — kui põletikulise genesiga mitte arvestada — füsioloogiline kobedamaks muutumine raseduse ajal, abrasiioonid, mitmesugused emaka lihase vigastused.

Adenomyosis tubae interna't võib vaadelda kui *adenomyosis uteri interna* jätku, kuid ta võib esile tulla ka esmasest, ja selle tagajärjeks on munajuha mentsruatsioon ja *haematosalpinx*'i tekkimised. On palju vaieldud küsimuse üle, kas siin on tegemist metaplaasiaga. Kui terve genitaaltrakt tekib Müller'i epiteelseist käikudest (üleval munajuha limanahk, siis *corpus*'e ja *cervix*'i epiteel,

siis lame tupeepiteel), siis võiks ka arvestada differentsumisega ebaõigisel kohal. Muidugi tuleks arvestada ka elujõuliste emaka keha limanaha tükkide implanteerimise võimalusega.

Adenomyosis externa tuleb, nagu tähendatud, esile emaka seroosil, kõhukelmel, munasarjadel ja leidub sagedasti munajuhade piirkonnas. Tihti tuleb ta esile kombineeritud tõrvtsüstidega, harva ühes *adenomyosis uteri interna*'ga. Ka *adenomyosis externa* tekkimist, nagu eelpool tähendatud, püütakse seletada mitmet viisi. (Rob. Meyer, Sampson jt.).

Ovaariumes esiletulevad pesad torkavad silma tuntud tõrv- ehk šokolaadtsüstide poolest. Neis saab kasvu suurenemisel iseloomune limanahk tihti rõhkeatroofia tagajärjel otsa. Kuna need tsüstid võivad rebeneda, siis võivad nad teostada endometriumi edasikülvi kõhukelmel. Niisugustes pesades võib tekkida munajuharasedus. Sampson arvab, et neis pesades tekivad küstoomid ja munasarja kartsinoomid.

Ekstraperitoneaalsed pesad tulevad esile harvemini. Endometriooosi kliiniline pilt oleneb esiteks edometriooosi asupaigast ja ulatusest ja teiseks kas ja kuivõrt need endometriooosikolded reageerivad tsüklushormoonidele. Kui nad on väikesed, ei tarvitse nad anda üldse sümptomeid, nii nagu seda on vaadeldud 18% oma juhtudest Seitz. Kui endometriooos asub nabal, kõhufistulis, avaldub see menstruatsiooni ajal esile tulevas verejooksus. Kui endometriooos asub armkoos, pundub see koht menstruatsiooni ajal üles. Kui verd tuleb ainult menstruatsiooni ajal põiest, pärasoolest, tupeseinast, on see kahtlane endometriooosile.

Kliiniliselt väärivad tähelepnu kolm endometriooosi gruppi nende asupaiga järele: a) *endometriosis interna*, b) retrotservikaalsed kujud ja c) intraperitoneaalne endometriooos (Seitz). Need annavad ka tavaliselt kindlaid tunnuseid.

Emaka lihases asuvad kolded ei reageeri harilikult tsüklushormoonidele. Sellepärast ei sõltu ka nende tähtsam kliiniline sümptom — tugev menorraagia — menstruatsiooni põhjustatud muutustest nimetatud pesades, vaid vereringe häirest ja nõrgast lihase kokkutõmbest. Sagedasti tulevad valud esile enne ja menstruatsiooni vältusel, mis on tähtsad diagnoosi ülesseadmisel.

Retrotservikaalsed endometriooosid näitavad tihti kalduvust infiltreerivaks edasivohamiseks kobedas sidekoos *rectum*'i ja *lig. sacro-uterina*'de sihis, mis võib kitsaks muuta või koguni kinni suruda pärasoole ja kusejuhad ja sellega sarnaneda pahaloomuseile

kasvajaile. Ka pahaloomuseid degeneratsioone võib siin tulla esile.

Eriti tugevasti reageerivad tsüklushormoonele intraperitoneaalsed endometrioosikolded. Selle tõttu satub menstruatsiooni ajal veri koesse: tekivad šokolaadtsüstid ja šokolaadmunajuhad. Kui kuskil rebeneb sein, siis veri satub kõhuõõnde, külvab end edasi ning nii viisi tekivad manuste konglomeraatumorid, millele on eriti iseloomulik premenstruumis, menstruatsiooni ajal ja mõnikord ka postmenstruumis esiletulevad väga tugevalt iga kuu suurenevad düsmenorröilised valud. Sagedasti neile valudele kaasuvad kõhukelme ärritused, spasmid sooltes, tenesmid põies, pärasooles. Need düsmenorröilised valud ja kõhukelme ärritused on sagedasti abiks differentsiaaldiagnoosis krooniliste manustepõletiku ja pelvi-peritoniidi vahel, millega segatakse sagedasti endometrioose. Kui manuste piirkonnas kindlaks tehtud paksenemine pikaajalisel konservatiivsel ravimisel ei kao ja düsmenorröilised valud kuust kuusse veel suurenevad, siis tuleb küll arvestada manuste piirkonnas leiduva endometrioosiga.

Isoleeritud munajuhade endometrioosi puhul tuleb esile, nagu juba tähendatud, munajuhade menstruatsioon ja kui munajuha on ummistunud, tekib aja jooksul eelnimetatud šokolaadmunajuha. Kui suurem hulk verd satub munajuha valendikku, tekib äge *haematosalpinx*, mis mõnikord võib omada kliiniliselt tubaarabordi pildi. Kui heterotoopne kude munajuhas ei reageeri tsüklushormoonele, tekib ainult *hydrosalpinx*.

Avaldatud juhtudest saame ettekujutuse ka endometriooside sagedusest. Nii leidis O s j a k i n a, kes läbi uuris 180 kasvajate tõttu väljalõigatud emakat, näärmelisi koldeid emaka seinas 12%, N i k u l z e v a'l on see protsent Brodsky järgi koguni 25%. C. K a u f m a n n'i järgi leiti Berliini Charité naistekliinikus 1703 emaka ekstirpatsiooni puhul 237 emaka endometrioosi. Munajuhades on endometrioose leidnud P a r f e n o v 19%. Mitmesuguste, nii põletikuliste kui ka kasvajaliste protsesside tõttu häiritud munasarjades on näärmeliste heterotoopiate protsent kaunis suur. Nii leidis L a n f o r d 772 ovariotoomia puhul 8% endometrioose. Oma peritoneaalse adenofibrooside ja veritsüstide suure materjali põhjal arvab S a m p s o n võivat pidada endometrioosi suguküpsel naisel 30. ja 50. eluaasta vahel sagedamaks günekoloogiliseks haiguseks. Ainult kahe aasta jooksul on S a m p s o n 474 laparotoomia seast seda tõbe leidnud enam kui 20%. 170 opereeritud šokolaadtsüstist on Sampson 37 leidnud seintes emaka limanaha taolisi näär-

meid. De Josselin uuris läbi kahe aasta jooksul de Snoo poolt opereeritud 89 juhtu, kus olid kõrvaldatud ka manused ja leidis 13 juhul mitmesuguses suuruses šokolaadtsüste. Üldse arvab de Snoo, et 10%-il günekoloogilisest patsiendest leidub šokolaadtsüste. Naistekliinikus oleme võinud vaadelda kaunis rohkesti endometrioidide juhte. Nii, näit. leidis läinud aastal opereeritud haigete seas kuni 5% endometrioidideid heterotoopiaid. Kuna aga tehniliselt ei ole meil võimalik olnud ette võtta kõigil laparotoomia juhtudel mikroskoopilist uuringut, ja selle tõttu nii mõnigi endometrioidi, eriti *endometriosisis interna* juht võis jääda diagnoosimata, tuleb endometrioidide arvu kindlasti ülaltloodust pidada suuremaks.

Need arvud näivad küll alul imestust esile kutsuvat, kuna harilikult operatsioonide puhul ei diagnoosita niipalju endometrioidse. Kuid kahtlemata on endometrioidse raske diagnoosida ka siis, kui ollakse operatsioonil ettevalmistatud nende leiuks. Kindlasti võib endometrioidse diagnoosida ainult süstemaatilise mikroskoopilise uuringu abil.

Huvitav on jälgida ka endometrioidide esile tulekut eluaastate järgi. Nii leidis Polano (66 juhu järgi), et 15% haigustust tuleb esile 30. eluaastais, 38% — neljakümnendais, 45% — viiekümnendais ja 3% — kuuekümnendais eluaastais. Kuid Artusi leidis ka veel ühe 66-a. ja ühe 68-a. laiba lahingul endometrioidse ja v. Recklinghausen leidis koguni seksioonil kahel juhul üle 80 a. endometrioidse. Kuid üldse võib märkida, et genitaalfunktsiooni lakkamisel haigusnähud taandarenevad, asjaolu, mida saab kasustada ravimisel. Tütarlastel, kes ei ole veel menstrueerinud, ei ole leitud endometrioidse.

Endometriosisis retrocervicalis'e juhud, mida varem *parametritis* ja *paravaginitis posterior*'ina kirjeldatud, esinevad sagedasti ja nad võivad põhjustada raskekujulist *rectum*'i striktuuri. Endometrioidse soolte ilma ühendusita genitaalialil leiduvate vohandeiga tuleb vähe ette. Ka siin võib esile tulla soolte stenoos. Polster on püüdnud kokku võtta kirjanduses avaldatud endometrioidide juhte ja leidis 1000 endometrioidi juhtu munasarjades, munajuha- des ja emaka sidemeil, 34 kubemepiirkonnas, 56 kõhuhaava armis peale emaka ja manuste operatsioonide, 90 *septum recto-vaginalis*'el, 5 *septum-vesicovaginalis*'el, 30 naba endometrioidi ja 80 soolte endometrioidi. Siin peaks nimetama veel haruldasemaist peale Polster'i statistika ilmumist avaldatud endometrioididest nelja

primaarset tupe endometriooosi, mille lisaks tuleb viies meie poolt vaadeldud.

Mõned erilised endometriooosi kujud kutsuvad esile kliiniliselt nähte, mida on differentiaals-diagnostiliselt kirurgiliste haiguste nähtudest raske ja mõnikord koguni võimatu eraldada. Nii on täheldatud (S t u b l e r, de S n o o) endometrioidseid ovariaal-hematoome, kus pikemalt raviti apenditsiiti. Adenofibroose kubeme piirkonnas peetakse tihti songadeks jne. Kahjuks puuduvad nimetatud günekoloogiliste nähtude sümptomid paljudes kirurgilisis ja günekoloogilisis õppe- ja käsiraamatuis, millise asjaolu tõttu ka arstkonnas pööratakse nimetatud haigusile vähem tähelepanu kui see on tarvilik.

Mis puutub endometrioooside prognoosi, siis on seni maksvad siin mitmesugused arvamised. De S n o o arvab, et verejooksud munasarjades endometrioooside põhjal võivad olla hea kuluga ja et vähemad šokolaadtsüstid nagu ka verevalumid kõhuõõnde võivad resorbeeruda iseenesest. Suurte šokolaadtsüstide tagajärjel tekiavad liited kõigi kliiniliste nähtudega, nagu see tuleb esile põletikuliste adnekside tuumorite puhul. Samuti on kindel, et haigus teatud lokalisatsiooni ja levimise tõttu võib esile kutsuda väga tõsi-seid nähte. Sellepärast arvavad mitmed autorid, et kui esile tulevad rasked kliinilised nähud, siis vaevalt veel võib rääkida vohamiste healoomususest. See kahtlus on eriti põhjendatud, kui mõtelda juhtudele, kus kusejuha ja pärasool on ähvardavalt kinnipigistatud ja kus sissekasvamisi leidub ka lihaskoes. Ka on täheldatud — kuigi õnneks harva — heterotoopiate üleminekut pahaloomuseiks blastoomeks. Nii leidis R. M e y e r 57 juhust 5,3% pahaloomust degeneratsiooni. Ka I v a n o v jt. on leidnud adenomüoomes sarkomatooset ja kartsinomatooset degeneratsiooni. Kuigi endometriooosi ei saa vaadelda kontseptsiooni takistajana, võib ka *endometriosi interna* põhjustada enneaegset raseduse katkenemist, ähvardada väljakantud raseduse puhul emaka rebendiga (B. S c h ä s e r, de J o s s e l i n ja de S n o o) ja peale sünnitust raskete atooniliste verejooksudega (S z e n e s).

W. A. F r e u n d peab adenomüooosi prognostiliselt ikka tõsi-seks haiguseks. Eriti tuleb seda arvata retrotservikaalsete endometrioooside puhul ja neid suurema ulatuse korral vaadelda kui pahaloomuseid (S e i t z). Kuigi W e s t m a n n'i järeluurimised 57 endometriooosi juhu kohta Berliini kliinikuis näevad eeltoodud arvamisi pehmendavat, on nimetatud juhtude puhul täheldatud

siiski 7,5% suremust. Eriti nagu seda oleme võinud vaadelda paaril juhul naistekliinikus ja nagu seda läinud sügisel saksa arstide ja loodusteadlaste koosolekul Wiesbadenis mitmelt poolt allakriipsutatud, ähvardab lõikuste puhul šokolaadtsüstide sisalduse kõhuõõnesse sattumine paralüütilise iileusega. Et aga nende ümbrusega kokkuliitunud ja võrdlemisi õhukeste seintega kasvajate rebenemine on teinekord paratamatu, teavad kõik, kellel neid on tulnud opereerida rohkemal arvul.

Mis puutub nüüd ravisse endometriooside korral, siis on see muidugi nende lokalisatsioonist ja levimisest. Väikesed pesad, mis kliinilisi sümptomeid ei tekita, ei tule küsimuse alla ja ainult juhuslikult satutakse nendele operatsiooni puhul, mis ette võetud mõnel teisel põhjusel. Kui nad emakalihases asumise korral põhjustavad verejookse, ei avita siin ei operatsioonid ega ka röntgenikiired ja tuleb küsimuse alla peamiselt vaginaalne või abdominaalne totaalekstirpatsioon. Retrotservikaalsete endometriooside puhul, kus on olemas kitsamaks muutunud soole valendik, röntgenkastratsioonidoos kõrvaldab ainult menstruatsiooni tsükkluse poolt esile kutsutud valud. Parem on radikaalne operatsioon või röntgenkiiritamine suurte doosega, nagu seda võetakse ette vähi puhul. Intraperitoneaalsete endometriooside korral kõrvaldatakse röntgenkastratsiooniga samuti ainult nähud, mis tingitud tsüklushormoonest. Sagedasti tulevad esile retsidiivid (Puppel jt.). Sellepärast soovitakse enam, eriti nooremail naistel ette võtta operatsiooni, kohale jättes võimaluse korral emakas ja ühe munasarja või selle osa.

Ülaltoodust selgub endometriooside kliiniline tähtsus naistehaiguste puhul ja ka nende sage ettetulemine. Tuleb ainult soovida, et haigus, millele senini üldiselt vähe tähelepanu pööratud, edaspidi meie arstkonnas leiaks enam käsitlemist.