

Endometriosis – anamneesist diagnoosini

Merli Saare^{1,2}, Merit Lamp¹, Ülle Kadastik³, Helle Karro^{1,3}, Triin Laisk^{1,2},
Andres Salumets^{1,2}, Kadri Matt^{1,3}, Maire Peters^{1,2}

Uuringu eesmärk. Töö eesmärgiks oli anda ülevaade aastatel 2005–2008 endometriosisile viitavate kaebustega naistearsti vastuvõtule pöördunud ning diagnostilise laparoskoopia/laparotoomia läbinud patsientide küsitluslehtede andmetest ning leida võimalikke endometriosisiga seotud kaebuseid ja riskitegureid.

Metoodika. Retrospektiivne uuring, mille valimi moodustasid TÜ Kliinikumi naistekliinikus laparoskoopia/laparotoomia läbinud 170 naist, kellest 118-l (69,4%) diagnoositi endometriosis ja 52-l (30,6%) haigust ei tuvastatud. Patsiendid, kellel operatsiooni käigus endometriosisi ei tuvastatud, moodustasid edasistes analüüsides kontrollrühma.

Tulemused ja järeldused. Uuringus osalenud endometriosisi ja kontrollrühma naiste üld- ja reproduktiivanamneesis olulisi erinevusi ei leitud, kuid endometriosisiga patsiendid kaebasid mõnevõrra sagedamini kogu menstruatsiooni kestel esinevaid alakõhuvalusid ning menstruatsiooniaegset valulikkust või veritsust defekatsioonil. Kontrollrühma naised olid sagedamini suitsetajad (32,7% vs 17,8%, $p = 0,02$) ning olid rohkem põdenud sugulisel teel levivaid haigusi (48,1% vs 25,4%, $p = 0,01$). Võrreldes endometriosisi mõõduka-raske vormiga esines minimaalse-kerge vormi korral sagedamini viljatust (vastavalt 34,7% ja 76,8%; $p < 0,001$) ja viljatusravi kasutamist (8,2% vs 27,5%; $p = 0,02$). Kokkuvõttes leidsime, et kogutud anamneesi ja kaebuste alusel on raske ennustada endometriosisi esinemist ja raskusastet. Diagnoos kinnitatakse vaid laparoskoopilise ja histoloogilise leiu põhjal. Endometriosisi kergemad vormid on aga seotud naise reproduktiivfunktsiooni häiretega – viljatuse ja spontaanabortidega.

Esimesed viited endometriosisile pärinevad juba 1860. aastast, kui Austria patoloog von Rokitansky kirjeldas kõhuõõnes asuvaid peritoneaalseid veritsevaid haavandeid (1). Tänapäeval, kui endometriosisi esmakirjeldusest on möödunud 150 aastat, peetakse endometriosisi krooniliseks invasiivseks haiguseks, mida iseloomustab endomeetriumi omaste näärmete ja strooma paiknemine väljaspool emakaõõnt. Haigusega võivad kaasned vaagnapiirkonna kroonilised valud, düspareuunia, primaarne või sekundaarne düsmenorröa ning sageli ka viljatus. Endometriosisi on võimalik diagnoosida ainult laparoskoopial/laparotoomial visuaalse leiu ja histoloogilise uuringu tulemuse põhjal. Kuna puuduvad mitteinvasiivsed diagnostikameetodid, on väga raske määrata haiguse esinemissagedust naiste üldpopulatsioonis. Uuringud on näidanud, et laparoskoopilise sterilisatsiooni läbinud

asümptomaatilistel naistel oli endometriosisi esinemissagedus 2–18%, viljatutel patsientidel aga tunduvalt suurem (kuni 50%) (2). Endometriosisi esinemissageduse andmete kombineeriv võrdlemine viljakatel naistel ja viljatuse korral ei peegelda aga tegelikku olukorda ning saadud andmed võivad kunstlikult suurendada haiguse esinemise näitajaid üldpopulatsioonis. Siiani on publitseeritud vaid üks teadustöö, mille andmetel leiti Eesti viljatute naiste hulgas endometriosisi 9% uuritavatel (3). Kahjuks puuduvad siiani kirjanduses avaldatud andmed fertiilses eas naiste endometriosisi haigestumise sageduse kohta Eestis.

Endometriosisi epidemioloogilistes uurin-gutes on võrreldud endometriosisiga patsien-tide ning tervete ehk kontrollrühma naiste andmeid eesmärgiga leida neid parameet-reid, mis esinevad patsientide grupis sage-damini ja võiksid olla seega haigestumise

Saabunud toimetusse
19.01.2011
Avaldatud internetis
25.08.2011

¹ TÜ naistekliinik,
² Reproduktiivmeditsiini
ja -bioloogia Tehnoloogia
Arenduskeskus,
³ TÜ Kliinikumi naistekliinik

Korrespondent autor:
Merli Saare
merli.saare@ut.ee

Võtmesõnad:
endometriosis, viljatus

riskiteguriteks. Varasemad uuringud on otsinud seoseid endometrioosi haigestumise riski ning rassi, vanuse, kehamassi indeksi (KMI), menstruaaltsükli iseloomu, eelneva reproduktiivanamneesi, oraalsete kontratseptiivide kasutamise, kaasuvate haiguste, endometrioosi perekondliku esinemise, sotsiaalse klassi, käitumuslike harjumuste (suitsetamine ja dieet) ning keskkonnategurite vahel. Üheseid tegureid, mis aitaksid mõista haiguse tekkimise põhjuseid ja arengut, ei ole siiski kuigi palju leitud (4). Mitmed uuringud on näidanud, et endometrioosi haigestumise üheks riskiteguriks on menstruaaltsükli iseärasused, nagu varane menarhe (enne 12 eluaastat), lühemad tsüklid ning suurenenud menstruaaltsükli verejooksud (2, 5, 6).

Töö eesmärgiks on anda ülevaade aastatel 2005–2008 naistearsti vastuvõtule endometrioosile viitavate kaebustega pöördunud ning laparoskoopia/laparotoomia läbinud patsientide küsitluslehtede andmetest ning võimalikest endometrioosiga seotud kaebustest ja riskiteguritest.

UURIMISMATERJAL JA -MEETODID

Tegemist on retrospektiivse uuringuga, mille valimi moodustasid 170 naist, kes osalesid 2005.–2008. aastal TÜ naistekliiniku endometrioosi immunoloogiliste parameetrite ja geneetilise eelsoodumuse uuringus (7–9). Töösse kaasatud patsiendid olid TÜ Kliinikumi naistekliinikusse hospitaliseeritud kas endometrioosile viitavate kaebuste tõttu või viljatuse põhjuse väljaselgitamiseks. Analüüsiti uuringus osalevate naiste anamneesi andmeid: vanus, pikkus, kehakaal, KMI, menarhe, menstruaaltsükli iseloom (tsükli pikkus ja vereerituse kestus), alakõhu ning vaagnapiirkonna valude ja valuliku seksuaalvahekorra esinemine, kaasuvad günekoloogilised ja mittegünekoloogilised haigused, reproduktiivanamneesi,

suitsetamisharjumus ja endometrioosi esinemine lähisugulastel. Samuti kirjeldati operatsioonil leitud endometrioosikoldeid nende lokalisatsiooni järgi: *peritoneum*, Douglase süvend / uterosakraalligamendid, munasarjatsüstid (endometrioomid) ja ekstragenitaalsed kolded. Endometrioosi raskusaste määrati Ameerika Reproduktiivmeditsiini Ühingu uuendatud klassifikatsiooni järgi (10).

Operatsiooni käigus tuvastati endometrioos 118 (69,4%) naisel, nendest 69-l (58,5%) leiti I–II astme (minimaalne-kerge) ja 49 (41,5%) naisel III–IV astme (mõõdukas-raske) endometrioos. Endometrioosi ei tuvastatud laparoskoopial/laparotoomial, vaatamata sümptomite esinemisele, 52 (30,6%) naisel, kes edaspidistes analüüsides moodustasid kontrollrühma. Kõik uuringusse kaasatud naised andsid kirjaliku nõusoleku uuringus osalemiseks. Uuringu tegemiseks on Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee andnud loa.

Statistilised testid (t-test, χ^2 -test ja Manni-Whitney test) tehti, kasutades PASW 18.0 tarkvara (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), ning statistiliselt oluliseks peeti $p < 0,05$.

TULEMUSED

Andmete analüüsil ei leitud uuringusse kaasatud endometrioosigrupi ja kontrollrühma naiste vanuse, pikkuse, kehakaalu ja KMI keskmiste väärtuste vahel statistiliselt olulist erinevust (vt tabel 1). Endometrioosihaigete hulgas oli oluliselt vähem suitsetajaid kui kontrollrühmas (χ^2 -test, $p = 0,02$).

Menarhe algus uuritavates rühmades ei erinenud oluliselt: endometrioosigrupis $13,1 \pm 1,4$ (keskmine \pm SD) aastat ja kontrollrühmas $13,5 \pm 1,4$ aastat (Manni-Whitney test, $p = 0,07$). Varane menarhe (enne 12. eluaastat) esines anamneesi andmeil 10 (8,5%) endometrioosiga patsiendil ning 4 (7,7%) naisel kontrollrühmast.

Menstruaaltsükli funktsiooni iseloomustavad tunnused on esitatud tabelis 2. Ligikaudu 80%-l naistest esines regulaarne menstruaaltsükkel pikkusega 24–35 päeva ning > 90%-l oli menstruaaltsükli kestuseks 3–7 päeva. Lühenenud menstruaaltsükliga (< 24 päeva) naisi esines vaid endometrioosigrupis (7,6%). Suurenenud menstruaalveritsust (patsiendi subjektiivne hinnang) esines sagedamini endometrioosiga naistel (22,0%) võrreldes kontrollrühmaga (15,4%),

Tabel 1. Uuringurühmade iseloomustus

	Endometrioosigrupp n = 118 (keskmine \pm SD)	Kontrollrühm n = 52 (keskmine \pm SD)
Vanus (aasta)*	31,5 \pm 6,5	29,8 \pm 5,9
Pikkus (cm)*	167,3 \pm 6,1	167,4 \pm 7,0
Kehakaal (kg)**	62,2 \pm 11,4	63,4 \pm 13,5
Kehamassi indeks (kg/m ²)**	22,2 \pm 3,7	22,5 \pm 4,1
Suitsetajad (% , n)***, ****	17,8 (21)	32,7 (17)

*t-test; ** Manni-Whitney test; *** χ^2 -test: endometrioosigrupp vs kontrollrühm; **** $p = 0,02$

kuid see erinevus ei olnud statistiliselt oluline. Tähelepanu väärib, et mõlemas grupis esines alakõhu ja vaagnapiirkonna valusid enne menstruatsiooni ligikaudu pooltel uuritavatel ja menstruatsiooni esimesel-teisel päeval umbes 80%-l naistest. Ligi 10%-l endometrioosiga patsientidest esines valusid ka menstruatsiooni viimastel päevadel. Tsüklist sõltumatut kroonilist kõhuvalu kaebas ~ 5% naistest nii endometrioosi- kui ka kontrollrühmas (vt tabel 2). Valu tugevust (nõrk/mõõdukas/tugev) hindasid patsiendid mõlemas grupis sarnaselt. Kõige enam (~ 50%-l naistest) esines mõõduka intensiivsusega ning kõige harvem (~ 15%-l) tugevaid kõhuvalusid. Menstruatsiooniaegset valulikkust ja/või veritsust urineerimisel esines mõlemas grupis vaid üksikutel uuritavatel, kuid valusid defekatsioonil kaebasid endometrioosigrupi naised ligi kolm korda sagedamini kui kontrollrühmas (18,6% vs 5,8%) ning see erinevus oli piiripealse statistilise olulisusega (χ^2 -test, $p = 0,05$).

Menstruaaltsükli iseärasusi ja valu anamneesi analüüsiti eraldi ka I-II ja III-IV staadiumi endometrioosi korral. Haiguse raskusastmete vahel statistiliselt olulisi erinevusi ei täheldatud, kuid kontrollrühmaga võrreldes esines endometrioosi I-II staadiumi korral rohkem menstruatsiooniaegset valulikkust / veritsust defekatsioonil (vastavalt 5,8%-l ja 20,3%-l uuritavatest; χ^2 -test, $p = 0,04$) ning III-IV staadiumi puhul kestsid alakõhuvalud sagedamini kuni menstruatsiooni lõpuni (vastavalt 1,9%-l ja 14,3%-l uuritavatest, χ^2 -test, $p = 0,05$).

Andmed uuritavate isikute eelnevate raseduste, sünnituste, abortide (nii tehiskui ka spontaanabortid) ja viljatuse kohta on toodud tabelis 3. Küsimustik eristas naised, kes ei olnud rasestunud omal soovil, ja naised, kes soovisid rasestuda, kuid ei olnud rasestunud. Ligi 35%-l uuringus osalenud naistest oli anamneesis vähemalt üks sünnitus. Viljatuks arvati naised, kes soovisid last, kuid vähemalt aastase regulaarse suguelu järel ei olnud rasestunud. Uuringu ajal esines viljatuseprobleem 59,3%-l endometrioosigrupi ja 76,9%-l kontrollrühma naistest (χ^2 -test, $p = 0,04$). Viljatusravi protseduure oli kasutanud 19,5% endometrioosi- ja 17,3% kontrollrühma patsientidest. Tähelepanu väärib, et endometrioosi kergemate raskusastmetega (I-II) patsientidel esines sagedamini viljatust (I-II

Tabel 2. Menstruaaltsükli iseloom ning vaevused seondvalt menstruatsiooniga*

	Endometrioosigrupp %, (n)	Kontrollrühm %, (n)
Menstruaaltsükkel		
regulaarne	83,9 (99)	76,9 (40)
tsükli pikkus 24–35 päeva	85,6 (101)	80,8 (42)
tsükli pikkus < 24 päeva	7,6 (9)	0 (0)
menstruatsiooni kestus 3–7 päeva	96,6 (114)	96,2 (50)
vereerituse hulk normaalne	66,1 (78)	76,9 (40)
vereerituse hulk suurenenud	22,0 (26)	15,4 (8)
tsükli eelnev vähene veritsus	19,5 (23)	23,1 (12)
tsükli järgnev vähene veritsus	20,3 (24)	28,8 (15)
ovulatsiooniveritsuse esinemine	7,6 (9)	3,8 (2)
Valude esinemine kõhu ja vaagna piirkonnas	89,0 (105)	84,6 (44)
- enne menstruatsiooni	46,6 (55)	46,2 (24)
- menstruatsiooni 1.–2. päeval	83,1 (98)	76,9 (40)
- menstruatsiooni lõpus	10,2 (12)	1,9 (1)
- ovulatsiooni ajal	26,3 (31)	21,2 (11)
- pidevalt	4,2 (5)	5,8 (3)
Menstruatsiooniga kaasnev valulikkus ja/või veritsus		
- urineerimisel	3,4 (4)	5,8 (3)
- defekatsioonil**	18,6 (22)	5,8 (3)
- kirurgilistest armidest	0,8 (1)	0 (0)
Valu esinemine seoses seksuaalvahekorraga	50,8 (60)	48,1 (25)
- seksuaalvahekorra ajal	44,1 (52)	42,3 (22)
- seksuaalvahekorra järel	13,6 (16)	9,6 (5)

* χ^2 -test: endometrioosigrupp vs kontrollrühm; $p > 0,05$; ** $p = 0,05$

Tabel 3. Reproduktiivanamneesi kokkuvõte*

	Endometrioosigrupp % (n)	Kontrollrühm % (n)
Varasemad rasedused	45,8 (54)	55,8 (29)
Sünnitanud	34,7 (41)	36,5 (19)
Spontaanabort	11,0 (13)	7,7 (4)
Emakaväline rasedus	3,4 (4)	7,7 (4)
Tehisabort (omal soovil, meditsiinilistel näidustustel)**	21,2 (25)	44,2 (23)
Viljatuse uuringu ajal***	59,3 (70)	76,9 (40)
Viljatusravi (hormoonravi või kehaväline viljastamine)	19,5 (23)	17,3 (9)

* χ^2 -test: endometrioosigrupp vs kontrollrühm; ** $p = 0,02$; *** $p = 0,04$

staadium 76,8% vs III-IV staadium 34,7%, χ^2 -test, $p < 0,001$) ning oli enam kasutatud viljatusravi (I-II staadium 27,5% vs III-IV staadium 8,2%, χ^2 -test, $p = 0,02$) võrreldes haiguse raskemate (III-IV) staadiumitega. Spontaanabortide sagedus oli kontroll- ja endometrioosigrupi uuritavatel sarnane,

Tabel 4. Günekoloogiliste haiguste anamnees*

	Endometriosisgrupp %, (n)	Kontrollrühm %, (n)
Günekoloogilised haigused		
Tupestõletik (täpsustamata)	61,0 (72)	57,7 (30)
Emakakaelapõletik	31,4 (37)	44,2 (23)
Seemiste suguelundite põletik (PID)	10,2 (12)	17,3 (9)
Emaka düsfunktsionaalsed verejooksud	15,3 (18)	17,3 (9)
Sugulisel teel levivad haigused**	25,4 (30)	48,1 (25)
Healoomulised kasvajak	29,7 (35)	21,2 (11)
Pahaloomulised kasvajak	0 (0)	0 (0)

* χ^2 -test: endometriosisgrupp vs kontrollrühm; **p = 0,01

kuid tehisaborte esines kontrollrühmas oluliselt rohkem (χ^2 -test, p = 0,02). Spontaanaborte oli anamneesis mõnevõrra sagedamini I-II staadiumi endometriosis (14,5%) kui III-IV staadiumi korral (6,1%), kuid see erinevus ei olnud statistiliselt oluline.

Uuringust ilmnes, et kaasnevate mitte-günekoloogiliste ja krooniliste haiguste (südame- ja veresoonkonna-, hingamissüsteemi-, maksa- ja sapiteede-, mao-seede-trakti-, kuseteede-, kilpnäärme-, autoimmuunhaigused, diabeet, ekseem, allergia ja pahaloomulised kasvajak) esinemine uuritavates rühmades ei erinenud. Günekoloogiliste haiguste anamneesist selgus, et võrreldes endometriosisgrupiga olid kontrollrühma patsiendid sagedamini põdenud sugulisel teel levivaid haiguseid (χ^2 -test, p = 0,01) (vt tabel 4), mis võib olla üheks viljatuse põhjuseks selles grupis. Endometriosis esinemisest lähisugulastel (emal, õdedel ja tädidel) olid teadlikud vaid 2 (1,7%) endometriosisgrupi ja 2 (3,8%) kontrollrühma naist.

Uuringus osalenud patsientidel tuvastati operatsiooni käigus kõige sagedamini pindmisi *peritoneum*'i-koldeid (n = 75; 63,6% endometriosisiga patsientidest), peamiselt munasarjadel (n = 35; 29,7%), põie piirkonnas (n = 22; 18,6%) ning emakal (n = 13; 11,0%). Sageli esines koldeid ka Douglase süvendis ja/või uterosakraalligamentidel (n = 65; 55,1%) ning munasarja endometriioome (n = 48; 40,7%). Üksikjuhtudel esines haiguskoldeid soolte, pärasoolel, emakakaelal, tupes ning operatsioonihaavades.

ARUTELU

Retrospektiivses uuringus analüüsiti endometriosisile viitavate kaebustega operatsioonile suunatud 170 naise küsit-

luslehe andmeid eesmärgiga leida võimalikke seoseid kaebuste ja operatsioonileiu vahel; kirjeldada endometriosisi kergema ja raskema vormi korral esinevaid kaebuseid ning tuvastada riskitegureid, mis mõjuksid endometriosisi haigestumist.

Mitmetes varasemates uuringutes on püütud leida seoseid vanuse, pikkuse, kehakaalu, KMI ja suitsetamise ning endometriosisi haigestumise riski vahel, kuid sageli on jõutud vastukäivate tulemusteni (4). Meie uuringus selgus, et endometriosisigrupi naiste hulgas leidis vähem suitsetajaid kui kontrollrühma naiste seas. Sarnane tulemus ilmnes ka varasemas töös, kus endometriosisiga patsiente võrreldi TÜ Geenivaramust pärit viljakate naiste kontrollrühmaga (9). Mitmed uuringud on näidanud, et suitsetajatel on vähenenud endometriosisi tekke risk (11, 12) ning seda seostatakse eeskätt nikotiini anti-östrogeense toimega. Siiski leidub ka vastupidiste tulemustega uuringuid, kus suitsetamise ja endometriosisi seosed kinnitust leidnud ei ole (ülevaateartikkel (4)). Kirjanduse andmeil võib esineda suurenenud KMI ja vähenenud endometriosisiriski vahel nõrk seos, mida seletatakse ebaregulaarsete ja anovulatoorsete menstruaaltsüklite sagedamisega KMI suurenemise korral (2, 11). Uuringus osalenud naiste puhul sellist seost ei leitud. Samuti ei esinenud endometriosisi haigestumisel seost vanuse, pikkuse ega kehakaaluga. Üheks põhjuseks, miks seoseid endometriosisi haigestumise ja KMI ning pikkusega ei ilmnenud, võib olla patsientide väike arv kontrollrühmas. Varasemas töös, kus võrdluseks kasutati suuremat kontrollrühma, esinesid nii negatiivne korrelatsioon endometriosisi haigestumise ja KMI vahel kui ka positiivne seos pikkusega (9).

Menstruaalfunktsiooni ja reproduktiivnäitajaid käsitlevad uuringud on näidanud, et risk haigestuda endometriosisi on suurenenud nii mittesünnitanud naistel kui ka varase menarhe ning lühikeste ja vererohkete menstruaaltsüklitega naistel (2, 6, 11). Uuringud on näidanud, et vererohkete ning sagedaste menstruaaltsüklite ja lühikese tsükli korral esineb sagedamini retrograadset veritsust ning kõhuõõnde satub suurem kogus menstruaalverd. Need asjaolud võivad luua eeldused endometriosisikollete kasvuks ja arenguks kõhuõõne-elunditel (13). Käesolevas uuringus ei leitud olulisi seoseid endometriosisi haigestumise ning

varase menarhe ja teiste menstruaalfunktsiooni iseärasuste vahel. Samuti ei leitud olulisi erinevusi endometriooosi- ja kontrollrühma vahel erinevate kaebuste esinemise osas (alakõhuvalud, valud urineerimisel ja düspareuunia). Ainult valude esinemine kogu menstruaaltsiooni kestel ning valulikkus ja/või veritsus defekatsioonil olid mõnevõrra iseloomulikud endometriooosiga patsientidele.

Sünnituste arvu ja endometriooosi kujunemise vahel on näidatud tugevat negatiivset korrelatsiooni. Nii on sünnitanud naistel vähenenud risk endometriooosi arenguks. Selle üheks tõenäolisemaks põhjuseks peetakse vähenenud ajaperioodi, kui korduvalt sünnitanud naine on eksponeeritud võimalikule retrograadsele menstruaaltsioonile (5).

Endometriooosi erinevate staadiumite korral näitas patsientide andmete võrdlus, et kergemate endometriooosivormide korral pidasid naised ennast sagedamini viljatuks ja olid oluliselt sagedamini saanud viljatusravi kui patsiendid, kellel oli mõõdukas/raske endometriooos. Samade tulemusteni on jõutud ka varasemates uuringutes (11). Spontaanabortide ning endometriooosi vahelised uuringud on andnud vastukäivaid tulemusi (6, 14). Käesolevas uuringus esines spontaanaborti nii kontrollrühma kui ka endometriooosigrupi patsientidel võrdselt. Tähelepanu väärib aga asjaolu, et kergema endometriooosi korral esines naistel anamneesis spontaanaborti mõnevõrra sagedamini võrreldes haiguse raskema astmega. Tehisabortide sagedus oli oluliselt suurem kontrollrühmas. Tõenäoliselt seletavad tehisabordiga seotud võimalikud tüsistused viljatuse suuremat esinemissagedust kontrollrühma naistel.

Kaasuvate günekoloogiliste ja mittegünekoloogiliste haiguste seoseid endometriooosi haigestumisega on laialdaselt uuritud. Olulisi seoseid on leitud peamiselt immuunsüsteemi haigustega nagu reumatoidartriit, süsteemne erütematoosne luupus, autoimmuunne türeoidiit ja hulgiskleroos (*sclerosis multiplex*) (2). Mõnede uuringute tulemusel on leitud, et endometriooosiga naiste perekonnas esineb sagedamini kasvaja protsessi, sh rinnaäärmevähki (6, 15). Tööst selgus, et haigestumine mittegünekoloogilistesse (sh immuunsüsteemi) haigustesse ning samuti kasvaja esinemine uuritavates rühmades ei erinenud. Oluline on märkida,

et kontrollgrupi naised olid enam põdenud sugulisel teel levivaid haigusi, mis võib ühtlasi olla seotud viljatuse sagedasema esinemisega selles rühmas.

Endometriooosi käsitletakse kui pärilikku haigust, kus esimese astme sugulaste haigestumine võib suurendada endometriooosi kujunemise riski (16, 17). Võimalik, et endometriooosi korral teavad naised haiguse esinemist täpsemalt kui kontrollrühma isikud. Seega võib päriliku komponendi osakaal haiguse tekkes olla liialdatud (4). Uuringus osalejatest olid vaid üksikud teadlikud endometriooosi esinemisest lähisugulastel.

KOKKUVÕTE

Kokkuvõtteks võib öelda, et endometriooosile viitavate kaebustega patsientidel, kellel diagnostilise laparoskoopia abil tuvastati endometriooos või ei tuvastatud selle haiguse esinemist, ei leitud uuringus anamneesi andmetes olulisi erinevusi. Ainsad kaebused, mis esinesid mõnevõrra sagedamini endometriooosipatsientidel ning võiksid olla aluseks endometriooosi kahtlustamisel, olid menstruaaltsiooniga kaasnev valulikkus ja/või veritsus defekatsioonil ning kogu menstruaaltsiooni kestel esinevad alakõhuvalud. Lisaks olid endometriooosi kergemad vormid sagedamini seotud naise reproduktiivfunktsiooni häiretega – viljatuse ja spontaanabortide esinemisega. Samuti ilmnes, et anamneesi andmed ei peegeldanud haiguse raskusastet ning lõplik diagnoos tuleb välja selgitada siiski laparoskoopilise operatsiooni käigus.

TÄNAVALDUS

Uurimistöö valmimist toetasid Eesti Teadusfond (grant nr 6585), EAS (Ettevõtluse Arendamise Sihtasutus) (grant nr EU30200) ning Haridus- ja Teadusministeerium (sihtfinantseering nr 0180044s09).

SUMMARY

Endometriosis: from anamnesis to diagnosis

Merli Saare^{1,2}; Merit Lamp¹; Ülle Kadastik³; Helle Karro^{1,3}; Triin Laisk^{1,2}; Andres Salumets^{1,2}; Kadri Matt^{1,3}; Maire Peters^{1,2}

Aim. The purpose of this retrospective study was to evaluate the association between endometriosis and menstrual and

¹ Department of Gynaecology and Obstetrics, University of Tartu, Tartu, Estonia

² Competence Centre on Medicine and Biology, Tartu, Estonia

³ Women's Clinic of Tartu University Hospital, Tartu, Estonia

Correspondence to: Merli Saare merli.saare@ut.ee

Keywords: endometriosis, infertility

reproductive characteristics, as well as to describe the clinical profile of women with endometriosis in a questionnaire based case control study.

Methods. From 2005 to 2008, 118 women with and 52 women without endometriosis, confirmed by laparoscopy, were evaluated. Patients without endometriosis were used as controls.

Results and conclusions. The general, menstrual and reproductive characteristics, as well as the clinical profile of the study groups were similar. However, patients with endometriosis tended to complain more often lower abdominal pain and painful defecation throughout the study period. Women without endometriosis were more likely to be smokers (32.7% vs. 17.8%, $P=0.02$) and the occurrence of sexually transmitted diseases among them was higher (48.1% vs. 25.4%, $P=0.01$). Patients with the minimal-mild stage of endometriosis were more frequently infertile than patients with the moderate-severe stage of endometriosis (76.8% vs. 34.7%, $P<0.001$) and they had used infertility treatment more frequently (27.5% vs. 8.2%, $P=0.02$). Also, the occurrence of spontaneous abortions in women with the minimal-mild stage of endometriosis was elevated compared to women with the moderate-severe stage of endometriosis. In conclusion, we found that general characteristics, as well as personal habits and clinical anamnesis do not reflect presence or severity of endometriosis. In addition, minimal-mild stage endometriosis

is often associated with reproductive function disorders, e.g. infertility and spontaneous abortions.

KIRJANDUS / REFERENCES

1. Attar E, Bulun S. The endometrium molecular, cellular and clinical perspectives. London: Informa; 2008:691-710.
2. McLeod BS, Retzlöff MG. Epidemiology of endometriosis: an assessment of risk factors. *Clin Obstet Gynecol* 2010;53:389-96.
3. Haller K, Sarapik A, Talja I, Salumets A, Uibo R. Controlled ovarian hyperstimulation changes the prevalence of serum autoantibodies in in vitro fertilization patients. *Am J Reprod Immunol* 2006;56:364-70.
4. Vigano P, Parazzini F, Somigliana E, Vercellini P. Endometriosis: epidemiology and aetiological factors. *Best Pract & Res* 2004;18:177-200.
5. Missmer SA, Hankinson SE, Spiegelman D, et al. Reproductive history and endometriosis among premenopausal women. *Obstet and gynecol* 2004;104:965-74.
6. Matalliotakis IM, Cakmak H, Fragouli YG, Goumenou AG, Mahutte NG, Arici A. Epidemiological characteristics in women with and without endometriosis in the Yale series. *Arch Gynecol and Obstet* 2008;277:389-93.
7. Saare M, Lamp M, Kaart T, et al. Polymorphisms in MMP-2 and MMP-9 promoter regions are associated with endometriosis. *Fertil Steril* 2010;94:1560-3.
8. Lamp M, Saare M, Laisk T, et al. Genetic variations in vascular endothelial growth factor but not in angiotensin I-converting enzyme genes are associated with endometriosis in Estonian women. *Eur J Obstet Gynecol Repr Biol* 2010;153:85-9.
9. Lamp M, Peters M, Reinmaa E, et al. Polymorphisms in ESR1, ESR2 and HSD17B1 genes are associated with fertility status in endometriosis. *Gynecol Endocrinol in press*.
10. ASRM. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril* 1997;67:817-21.
11. Cramer DW, Missmer SA. The epidemiology of endometriosis. *Ann NY Acad Sci* 2002;955:11-22.
12. Calhaz-Jorge C, Mol BW, Nunes J, Costa AP. Clinical predictive factors for endometriosis in a Portuguese infertile population. *Human Reprod* 2004;19:2126-31.
13. Halme J, Hammond MG, Hulka JF, Raj SG, Talbert LM. Retrograde menstruation in healthy women and in patients with endometriosis. *Obstet Gynecol* 1984;64:151-4.
14. Vercammen EE, D'Hooghe TM. Endometriosis and recurrent pregnancy loss. *Seminars in Reproductive Medicine* 2000;18:363-8.
15. Vessey MP, Villard-Mackintosh L, Painter R. Epidemiology of endometriosis in women attending family planning clinics. *BMJ* 1993;306:182-4.
16. Matalliotakis IM, Arici A, Cakmak H, Goumenou AG, Koumantakis G, Mahutte NG. Familial aggregation of endometriosis in the Yale Series. *Arch of Gynecol Obstet* 2008;278:507-11.
17. Bischoff F, Simpson JL. Genetic basis of endometriosis. *Ann NY Acad Sci* 2004;1034:284-99.