Über Endometrioma ovarii

O.	Oskar	Frankl

Wien

Über Anregung der Redaktion dieser Monatsschrift will ich über drei Arbeiten kurzen Bericht erstatten, welche in Nr. 3 des 29. Jahrganges des Journal of Obstetrics und Gynaecology of the British Empire erschienen sind. Es sind dies Blair Bell, Endometrioma und Endometriomyoma ovarii, Archibald Donald, Über Adenomyom des Rektovaginalraumes und seine Beziehungen zu Ovarialtunoren mit teerigem Inhalt, William Fletcher Shaw und W. R. Addis, Über Adenomyom des Douglas, vergesellschaftet mit Eierzysten, entstanden in Inseln von Adenomyomgewebe im Ovarium.

Die Arbeit Blair Bells, zugleich Publikation eines auf dem britischen Gynäkologenkongreß im Juli 1922 in Liverpool gehaltenen Vortrages, stützt sich ebenso wie die beiden anderen Arbeiten auf die in amerikanischen Journalen veröffentlichten Beobachtungen von Casler, Cullen, Russell und Sampson über das Vorhandensein von Endometriuminseln im Ovarium und verfolgt den Zweck, darauf hinzuweisen, daß die sogenannten Schokoladezysten des Ovariums in der Regel Menstrualblut enthalten, welches aus Uterusschleimhautinseln innerhalb des Ovariums hervorgegangen ist. Solche Inseln können an der Oberfläche des Eierstockes gelagert sein, öfter aber in der Wand oder Höhle einer Zyste. Dabei kann Muskelgewebe vorhanden sein oder fehlen. Vor der Menarche finden sich keine Schokoladezysten, wohl aber nach der Menopause. Am häufigsten findet man sie im menstruationsfähigen Alter.

Blair Bell wählt für diese Bildungen die wenig passende Bezeichnung „Endometrioma“. Die Endung -oma, sonst nur für echte Tumoren in Anwendung gebracht, erscheint für derartige Schleimhautinseln im Ovarium nicht anwendbar. Vorerst ist die Bezeichnung „Heterotopes Endometrium im Ovarium“ richtiger. Blair Bell bezieht die Genese dieser Inseln auf kongenitale Aberration (Meyer würde sagen „illegale Verbindung“) in frühen Entwicklungsstadien. Er beschreibt einen Fall, wo in beiden Ovarien Endometrium sichtbar war, und zwar innerhalb von Zysten, welche eingedicktes Blut enthielten. In den Ligamenta ovarii waren keine Spuren derartiger Einsprengungen zu finden. Es bestätigt also sein Fall die von Sampson geäußerte Auffassung, daß die sogenannten Schokoladezysten der Ovarien nichts anderes sind als das Resultat menstrueller Blutausscheidung aus Endometriuminseln innerhalb der Ovarien.

Durch die beigegebenen Figuren nicht voll überzeugt, habe ich Blair Bell ersucht, mir die Präparate zur Ansicht zu senden. Ich bin Herrn Blair Bell für seine Bereitwilligkeit, mir seine Präparate sofort zu überlassen, zu besonderem Dank verpflichtet und kann nun aus

94

Frankl, Über Endometrioma ovarii.

eigener Anschauung bestätigen, daß unzweifelhaft Endometrium corporis in ovario vorliegt. Man sieht dem Ovarialgewebe aufgelagert ein Schleimhautpartikel, das vollkommen dem Bau der Uterusschleimhaut entspricht, dessen Drüsen mäßig dilatiert, stark gewunden, deutlich sekrethaltig sind und ungefähr dem 15. bis 20. Tag nach der Menstruation entsprechen. Der

Schnitt aus dem linken Ovarium zeigt weniger ausgeprägte Mukosapartikel, darunter sehr deutliche Bündel glatter Muskulatur.

Die zweite Arbeit basiert auf 10 Fällen von Adenomyom in Douglas. In 7 Fällen fanden sich Ovarialzysten mit schokoladartigem Inhalt. Dabei fehlt kaum je das Symptom der akuten Dysmenorrhö während der ersten zwei Menstruationstage. Außer den oben genannten Autoren zitiert er Norris und Schwartz, die Teerzysten mit endometriumartigen Anteilen gefunden hatten. Er deduziert aus seinen Befunden die Forderung, bei Anwesenheit von Adenomyom im Douglas stets an eine Affektion der Ovarien zu denken. Es ist nach Stellung der Diagnose auch die Patientin aufmerksam zu machen, daß möglicherweise beide Eierstöcke entfernt werden müssen. Andererseits ist bei Vorhandensein von Teerzysten des Ovarium nach Adenomyomen in anderen Partien des Beckens, besonders im Douglas, zu fahnden.

In der dritten Arbeit berichten Shaw und Addis über 6 Fälle von Adenomyom des Septum rectovaginale, wovon 5 Teerzysten der Ovarien hatten. Ein Fall wird eingehend beschrieben. Durch Druck seitens des Blutes innerhalb der Teerzyste wird das Endometrium stark verdünnt und kann schwer nachweisbar werden. Hingegen war Muskulatur deutlich nachweisbar.

Die Feststellungen amerikanischer und englischer Autoren sind von nicht zu unterschätzender Bedeutung, und es wird notwendig sein, dieser Frage besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Für das Material unserer Klinik muß ich bemerken, daß Adenomyome im Douglas, respektive im Septum rectovaginale, zu den allergrößten Seltenheiten gehören. Bei im Douglas festgelöteten Ovarien wird darauf künftig genau geachtet werden müssen. Es wird wohl auch notwendig sein, den bisher mit der Bezeichnung „Follikelhätnatom“ vielleicht etwas zu summarisch abgetanen, mit eingedicktem Blute erfüllten Ovarialzysten besonderes Augenmerk zuzuwenden. Es wird die ganze Wand solcher Zysten durchmustert werden müssen, um nach funktionstüchtiger Schleimhaut oder noch erkennbaren Resten solcher Ausschau zu halten. Erst auf Grund eines großen Tatsachenmaterials wird es möglich sein festzustellen, ob die Teerzysten des Ovariums immer heterotopen, menstruierenden Schleimhautinseln ihren Ursprung verdanken, oder wie oft ein solcher Entstehungsmodus mit Sicherheit anzunehmen, beziehungsweise abzulehnen ist. Auch wird die Koinzidenz der Adenomyome des Douglas mit Teerzysten des Eierstockes auf Grund eines alle Kliniken umfassenden Beobachtungsmaterials zu prüfen sein. Dann erst wird es klar werden, ob – wie die englischen und amerikanischen Autoren annehmen – die Adenomyome Effekte der Implantation nach Ruptur von Teerzysten sind oder nicht. Jedenfalls verdienen die Kollegen englischer Zunge Dank dafür, dieses neue und sehr interessante Forschungsgebiet zur Diskussion gestellt zu haben.