

Tratamento da Endometriose Pélvica e Fertilidade

Iriana de Faria Ribeiro Pereira

Unifoa – Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ

Introdução:

A endometriose é uma patologia estrogênio dependente (Bulun., 2009). É definida como a presença de glândulas e estroma endometriais funcionantes fora da cavidade uterina, tendo sido descrita pela primeira vez em 1927, por Sampson, com a teoria da menstruação retrógrada (Freitas et al., 2011).

A fisiopatologia da endometriose é muito controversa, existindo diferentes teorias para descrevê-la. A mais aceita é a teoria da menstruação retrógrada, que explica o motivo da presença de tecido endometrial na cavidade peritoneal, associada com fatores genéticos, hormonais e imunológicos. (Kennedy et al., 2005).

De acordo com Parazzini, 2008, a endometriose é uma das doenças ginecológicas benignas mais comuns, estimando-se sua prevalência em 10%. No Brasil, a doença é o principal achado laparoscópico em pacientes com dor pélvica e o segundo diagnóstico entre mulheres com infertilidade (Palmadias , R., 1995)

A American Fertility Society classifica a endometriose levando em consideração o número, tamanho e localização das lesões e a existência de aderências para peritônio, trompas e ovários. Existem os estádios I, II, III e IV. O estadio I é superficial, com poucos implantes. O estadio II tem maior número de implantes e eles são mais profundos. O estadio III é a endometriose moderada, com implantes profundos, endometriomas e algumas aderências. O estadio IV é grave, tem muitos implantes profundos, grandes endometriomas e aderências firmes.

Até o momento, poucos estudos consistentes foram feitos com o intuito de se caracterizar as pacientes portadoras de endometriose. Sabe-se que o diagnóstico de endometriose é feito em 2% a 18% das pacientes assintomáticas submetidas à ligadura tubária. Porém, muito se pode aprender com a caracterização de pacientes portadoras de endometriose, pois, provavelmente, antecedentes familiares, pessoais, hábitos e estilo de vida podem influenciar no desenvolvimento da doença (Bellelis P. et al., 2011).

Objetivos:

O objetivo deste artigo de revisão é relacionar a endometriose pélvica à infertilidade, visando descrever o quadro clínico da doença, diagnóstico e tratamento. Sendo o último essencial para a tentativa de gravidez.

Metodologia:

A revisão bibliográfica foi realizada por meio das bases de dado PubMed, SciELO, LILACS e no livro de Rotinas em Ginecologia de Fernando Freitas et al, 2011. Na busca, foram utilizados os seguintes termos: endometriose pélvica, infertilidade, tratamento da endometriose pélvica, diagnóstico de endometriose pélvica. Foram utilizados textos datados entre 1995 e 2012.

Pesquisa qualitativa, classificada como Revisão de Literatura. Foram pesquisados artigos nacionais e internacionais.

Discussão:

ENDOMETRIOSE PÉLVICA E FERTILIDADE:

Estudos relatam que 30% a 50% das mulheres com endometriose são inférteis, sugerindo um papel da doença na etiopatogênese da infertilidade. Outros autores que a taxa de fecundidade em mulheres com endometriose é menor do que naquelas com infertilidade idiopática, sugerindo que a doença causa infertilidade (Donnez J. et al., 2003).

A conclusão a que se chega com os estudos hoje disponíveis é que, mesmo não tendo total conhecimentos do mecanismo, a endometriose está intimamente ligada à infertilidade.

Quadro-Clínico:

De acordo com Freitas et al., 2011, os principais sintomas da endometriose pélvica são: dismenorrea, dispareunia, sangramento uterino anormal. Uma parcela das pacientes com endometriose é assintomática.

Dismenorréia é a dor em região pélvica em cólica durante o período menstrual. Pode ser classificada em leve, moderada, severa e incapacitante, quando, respectivamente, melhora sem medicação analgésica, melhora com analgésicos, não melhora completamente com analgésicos, mas não impede a paciente de exercer suas atividades habituais e não melhora e impede a paciente de exercer suas atividades habituais (Abrão e Padgaec, 2010).

Dispareunia é dor durante a relação sexual. É dividida em dispareunia de penetração, que se pode relacionar a vulvovaginites e vaginismo, e dispareunia de profundidade, em que a paciente refere dor no fundo da vagina, que se pode relacionar à endometriose, especialmente os casos de acometimento profundo da doença (Abrão e Padgaec, 2010).

Diagnóstico:

O exame físico é de mais valia na endometriose profunda, que apresenta maior probabilidade de demonstrar sinais clínicos. Ao toque bimanual, o útero fixo ou retrovertido, devido ao processo aderencial, é dado indireto para suspeita clínica (Freitas et al., 2011).

Dentre os exames complementares, pode ser realizada a ultrassonografia, dopplervelocimetria colorida, ultrassonografia transvaginal tridimensional, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, laparoscopia/histopatológico e dosagens de marcadores como o CA-125, proteína C reativa e anticorpos anticardiolipinas (Moura *et al.*, 1999).

Atualmente, a ultrassonografia transvaginal e a ressonância magnética são os principais exames não invasivos recomendadas para o diagnóstico e a localização da doença. A avaliação ultrassonográfica da pelve é o método inicial de escolha para a identificação e caracterização de componentes císticos anexiais. O ultrassom transabdominal é usado para a exploração de toda a pelve, seguido pelo ultrassom transvaginal para uma avaliação mais detalhada das estruturas anatômicas próximas à sonda endovaginal. Imagens de alta resolução podem ser obtidas via transvaginal utilizando-se uma sonda de 7,5 MHz. A acurácia diagnóstica pode ser aumentada com a avaliação Doppler (Bazot M. et al., 2007).

De acordo com Freitas et al., 2011, o diagnóstico final da endometriose é realizado por biópsia da lesão por meio de laparoscopia ou laparotomia. A laparoscopia é considerada padrão ouro, pois além de diagnosticar permite a visualização e a descrição das lesões, a coleta do material para avaliação histológica e também é uma forma de tratamento da doença. Todavia, é importante ressaltar que o método só deve ser utilizado após a investigação por meio de imagem.

O CA-125 é o marcador mais estudado em endometriose, seus níveis aumentam sempre que há menstruação, em toda mulher. Entretanto, pacientes com estágios avançados de endometriose tem maiores níveis do marcador. Até o momento o CA-

125 não conseguiu apresentar os índices adequados para ser considerado um bom de triagem e infertilidade. (Barcz, Kaminski, Marianowski, 2000).

O diagnóstico diferencial de endometriose é feito com aderências pélvicas, doença inflamatória pélvica, anomalias congênitas do trato reprodutivo e massas pélvicas. Além de síndrome do cólon irritável, cistite intersticial, fibromialgia e disfunções musculoesqueléticas do assoalho pélvico (Freitas et al., 2011).

Tratamento:

Neste ponto é importante salientar que não existe tratamento curativo para endometriose, o que se faz é um controle dos sintomas e cirurgia para retirada de tecido. O tratamento pode ser clínico e cirúrgico.

Tratamento Clínico:

A endometriose responde a hormônios, conseqüentemente, é inativada e regride na amenorreia induzida e menopausa. O tratamento clínico baseia-se na reprodução desses estados. Estrogênio e progesterona induzem a um estado endometrial de pseudogravidez através da secreção de gonadotrofinas, podendo ser usados isolados ou combinados entre si (Davis e McMillan.; 2003).

O tratamento consiste na administração de um comprimido por dia, de forma contínua ou cíclica, durante seis a doze meses. Não existem evidências sobre a relação da forma de administração e a efetividade do tratamento da endometriose. Todavia, a forma contínua apresenta maior alívio da dismenorréia (Gerber et al., 2004).

Acetato de medroxiprogesterona (AMP), gestrinona, COC, Danazol e GnRH são igualmente eficazes no alívio da dor. A escolha terapêutica deve levar em consideração os efeitos adversos e o custo do medicamento. (Kennedy S., 2005).

O Dienogest é um novo progestágeno aprovado recentemente em alguns países europeus, Japão e alguns países latino-americanos como tratamento da endometriose. Ele reduz as lesões da endometriose ao criar um ambiente progestogênico contínuo com a redução moderada dos estrogênios circulantes. Não provoca hipoestrogenismo, sem atividade significativa androgênica, mineralocorticoide ou glicocorticoide (Sasagawa S. ET al., 2008)

Após a comprovação de que o Dienogest era efetivo na dose de 2 mg/dia no tratamento da endometriose, Kohler et al. avaliaram se o DNG nas doses de 1, 2 ou 4 mg/dia eram eficazes e seguras. Os autores avaliaram mulheres com

endometriose histologicamente confirmada durante 24 semanas e a eficácia foi avaliada mediante um *second-look* laparoscópico e a resolução dos sintomas. O Dienogest reduziu o escore de endometriose de 11,4 para 3,6 no grupo que usou DNG na dose de 2 mg e de 9,7 para 3,9 no grupo de mulheres que usou o medicamento na dose de 4 mg. Em ambos os grupos houve melhoria dos sintomas. Já as mulheres que receberam 1 mg foram descontinuadas devido a problemas de sangramento incontrolável. Este estudo ratificou que a dose de 2 mg era a dose ótima para o tratamento da endometriose.

Levando-se em consideração a fertilidade, a supressão hormonal para melhorar a fertilidade em casos de endometriose leve e mínima não é efetiva, retarda a possibilidade de gravidez e não deve ser oferecida como única terapêutica (Navarro ET al., 2006).

Para mulheres que desejam fazer a fertilização in vitro, a administração de análogos do GnRH, entre 3 e 6 meses antes do procedimento, aumenta em quatro vezes a possibilidade de gravidez clínica (Sallan H. N., 2006).

Tratamento Cirúrgico:

A intenção da cirurgia é retirar a maior quantidade possível de tecido sem lesar a funcionalidade dos órgãos da pelve (Allaire C., 2006).

A laparoscopia é a cirurgia de escolha para endometriose devido ao fato de ser menos invasiva que uma laparotomia, além de apresentar menor perda sanguínea, tempo de recuperação mais curto, menor dor pós operatória e menor tempo de estada no hospital (Ekstein P., 2006).

A cirurgia pode ser conservadora, quando preserva a fertilidade, ou radical, quando leva à histerectomia e à salpingooforectomia bilateral. A radical necessita ser feita por laparotomia (Kennedy., 2005).

O tratamento pós-operatório com GnRH, por seis meses, reduz a dor causada pela doença. O Danazol ou agosnistas do GnRH no pós operatório não causam grande melhora na fertilidade. A terapia hormonal é recomendada paenas para pacientes que desejam realizar a fertilização in vitro após a cirurgia (Navarro ET al., 2006).

Conclusão:

Endometriose é uma patologia estrogênio dependente, com incidência em mulheres em idade fértil. Suas manifestações são dispareunia e irregularidade menstrual. A

importância em investigar-se a fisiopatologia e o tratamento mais rigorosamente deve-se ao fato de, na maioria das vezes, a endometriose levar à dor e infertilidade. A endometriose tem a fisiopatologia ainda pouco conhecida, sendo a teoria da menstruação retrógrada a mais bem aceita. Nota-se a necessidade de maiores estudos nessa área.

É uma patologia crônica, visto que sua cura ainda não está disponível. Entretanto, o tratamento clínico e cirúrgico vem possibilitando às mulheres engravidarem mesmo com a endometriose.

O Dienogest, um progestágeno específico para o tratamento da endometriose, na dose de 2 mg/dia, reduz as lesões ao criar um ambiente progestogênico contínuo com a redução moderada dos estrogênios circulantes porém não provocando hipoestrogenismo, sem atividade significativa androgênica, mineralocorticoide ou glicocorticoide devido à união específica ao receptor apresenta bons resultados.

Conclui-se, então, que mesmo com uma boa atuação clínica a endometriose é uma patologia de caráter progressivo que está associada à infertilidade, além de ser recorrente. É indispensável a procura por uma terapêutica mais eficaz e que preserve a fertilidade da paciente.

Referências Bibliográficas:

ABRAO, M. S. et al. The sonography diagnosis of deep endometriosis. J. Ultrasound Med, v.28, n. 3, p. 408-409, 2009.

American Fertility Society. Revised American Fertility Society Classification of Endometriosis. Fertil Steril, 1985. 43: 351-352.

BAHAMONDES L., CAMARGOS A.. Dienogest: uma nova opção terapêutica em endometriose. FEMINA | Maio/Junho 2012 | vol 40 | nº 3: 155-159.

BAZOT M. et AL. Accuracy of magnetic resonance imaging and rectal endoscopic sonography for the prediction of location of deep pelvic endometriosis. Hum. Reprod., v. 22, n. 5, p. 1457-1463, 2007.

BECH R. T. ET al., Endometriose- Aspectos Correlatos. FEMINA- Outubro 2006 vol. 34 nº 10: 673-680.

BIANCHI, P. H. et al. Extensive excision of deep infiltrative endometriosis before in vitro fertilization significantly improves pregnancy rates. J. Minim. Invasive Gynecol., v.16, n. 2, p. 174-180, 2009.

BULLUN, S. E. Endometriosis. N. Engl. J. Med., v. 360, n. 3, p 268 – 279, 2009.

CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014
Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”

CHAPRON, C. et al. Routine clinical examination is not suficiente for diagnosing and locating deeply infiltrating endometriosis. J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc., v. 9, n. 2, p. 115 – 119, 2002a.

DAVIS CJ, MCMILLAN L. Pain in endometriosis: effectiveness of medical and surgical Management. Curr Opin Obstet Gynecol 2003;15:507–512

DONNEZ J. ET al. Laparoscopic management of peritoneal endometriosis, endometriotic cysts, and rectovaginal adenomyosis. Ann N Y Acad Sci. 2003;997:274-81.

KENNEDY S. ET al. ESHRE Special Interest Group for Endometriosis and Endometrium Guideline Development Group. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. Hum Reprod. 2005;20(10):2698-704

MARTIN, D. C.; BATT, R. E. Retrocervical, retrovaginal pouch, and rectovaginal septum endometriosis. J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc., v. 8, n.1, p. 12-17, 2001.

MATZUK, M. M.; LAMB, D. J. The biology of infertility: research advances and clinical challenges. Nat. Med., v. 14, n. 11, p. 1197 – 1213, 2008.

MOURA, Marcos Dias et al. Avaliação do Tratamento Clínico da Endometriose. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Mar 1999, vol.21, no.2, p.85-90. ISSN 0100-7203

PALMADIAS, E et al. Indicações e achados diagnósticos em laparoscopias ginecológicas no Hospital de Clínica de Porto Alegre. Ver. ATM, v. 95, n. 11, p. 11-16, 1995.

BELLELIS P., et al. 458. Rev Assoc Med Bras 2011; 57(4):456-461

Rotinas em Ginecologia. FREITAS, f. et al. Sexta Edição, 2011. Exemplar 5. Editora Artmed, Porto Alegre.

SALLAN HN, Garcia-Velasco JA, Dias S, Arici A. Long-term pituitary down-regulation before in vitro fertilization (IVF) for women with endometriosis. Cochrane Database Syst Rev. 2006;25(1):CD00463.

SASAGAWA S, Shimizu Y, Kami H, Takeuchi T, Mita S, Imada K, et al. Dienogest is a selective progesterone receptor agonist in transactivation analysis with potent oral endometrial activity due to its efficient pharmacokinetic profile. Steroids 2008;73(2):222-31.

WINKEL CA. Evaluation and management of women with endometriosis. Obstet Gynecol 2003;102:397-408.

PALAVRAS CHAVE: endometriose pélvica, infertilidade, tratamento da endometriose pélvica, diagnóstico de endometriose pélvica.

irianapereira@hotmail.com