

ENDOMETRIOSE

MENDES, E. O.; QUEIROZ, I. A.; RIGONATI, M. Dos S; TRINDADE, V. L.¹; GARBELINI, M. C. Da L.²

RESUMO

RESUMO - Endometriose é uma situação na qual a mucosa uterina (endométrio) cresce em outras regiões do corpo, causando dor, sangramento irregular e possível infertilidade. As células endometriais podem se estabelecer na região pélvica, fora do útero, nos ovários, no intestino, no reto, na bexiga e na delicada membrana que reveste a pélvis. Entretanto, também podem ocorrer em outras partes do corpo. A causa da endometriose é desconhecida, mas existem diversas teorias. Uma delas afirma que as células endometriais liberadas durante a menstruação são disseminadas pelas tubas uterinas para dentro da pélvis onde são implantadas e crescem na cavidade pélvica ou abdominal. Isso é chamado de menstruação retrógrada. Essa situação ocorre em muitas mulheres podendo ainda haver alteração no sistema imunológico nas mulheres que desenvolvem a endometriose, em comparação ao sistema imunológico das que não apresentam a doença. A endometriose é um problema comum. Embora normalmente seja diagnosticada entre 25 e 35 anos, a doença provavelmente começa quando a menstruação regular tem início.

Palavras-chave: Endometriose. Fatores de Risco. Infertilidade.

Endometriosis

ABSTRACT

ABSTRACT - Endometriosis is a condition in which the uterine lining (endometrium) grows in other areas of the body, causing pain, irregular bleeding and possible infertility. Endometrial cells can settle in the pelvic area, outside of the uterus, ovaries, bowel, rectum, bladder, and the delicate lining of the pelvis. However can also occur in other parts of the body. The cause of endometriosis is unknown, but there are various theories. One says that the endometrial cells released during menstruation are disseminated by fallopian tubes into the pelvis where they are deployed and grow in pelvic or abdominal cavity. This is called retrograde menstruation. This situation occurs in many women may also be changes in the immune system that develop in women with endometriosis compared to the immune system which does not have the disease. Endometriosis is a common problem. Although it is usually diagnosed between 25 and 35 years, the disease likely begins when regular menstruation begins.

Key words: Endometriosis. Infertility. Risk Factors.

¹ Acadêmicos do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Santa Cruz de Curitiba.

² Dra. em Ciências pela USP, Professora da Disciplina de Embriologia das Faculdades Integradas Santa Cruz de Curitiba. C-eletrônico: ceciliagarbelini@hotmail.com.

1 INTRODUÇÃO

A parede interna do útero é revestida por camada denominada endométrio, que é sensível às alterações do ciclo menstrual. É nessa camada do útero que ocorre a fixação do embrião e o seu desenvolvimento durante todo o período gestacional. Se não houver a fecundação, boa parte do endométrio será eliminada durante a menstruação. Parte do tecido que sobra e que permanece no útero voltará a crescer e o processo todo se repetirá a cada novo ciclo.

A endometriose, uma afecção inflamatória cujas causas ainda não estão bem estabelecidas, é gerada por células endometriais que, em vez de serem expelidas durante a menstruação, migram no sentido oposto e podem se fixar nos ovários ou na cavidade abdominal. Essas células endometriais ectópicas voltam a multiplicar-se e a sofrer os mesmos efeitos das alterações hormonais dos ciclos menstruais. Então, uma das hipóteses é que parte do sangue reflua através das tubas uterinas, durante a menstruação, e se deposite em outros órgãos. Outra hipótese é que a causa seja genética e esteja relacionada com possíveis deficiências do sistema imunológico.

A endometriose, definida então pela implantação de células do estroma e/ou epitélio glandular endometrial em localização extra-uterina, é assim uma das causas mais comuns de esterilidade feminina, visto que essas células podem gerar fibrose e dificuldades funcionais dependendo das áreas atingidas pela doença. As células endometriais podem se alojar nos ovários a ponto de impedir a liberação do ovócito que deverá ser captado pela tuba uterina. O estabelecimento das células endometriais nas tubas uterinas, nas fimbrias, ou em qualquer ponto ao longo de seu comprimento pode causar oclusão das mesmas, levando a impossibilidade de ocorrer a fertilização. Em ordem de frequência, a endometriose pélvica envolve: os ovários, ligamentos útero-sacrais, fundo de saco, septo reto-vaginal, peritônio útero-vesical, cérvix, umbigo, hérnias e apêndices (GUYTON & HALL, 2002; LOPEZ *et al.*, 2000; TMACHADO *et al.*, 2001). Durante a menstruação, o tecido endometrial ectópico sangra podendo causar dor e a sintomatologia depende da localização e extensão

da doença (GIUDICE & KAO, 2004). Segundo Reis (2002), o diagnóstico inicia-se na suspeita clínica, nos sintomas e no exame físico. Para a confirmação é fundamental o exame histológico, por meio da laparoscopia ou da laparotomia. O tratamento consiste em uma cirurgia, realizada por meio de anestesia geral, seguida de uma incisão abdominal para a extirpação dos coágulos de endometriose. Ainda é uma doença de etiopatogenia incerta.

A endometriose representa uma afecção ginecológica comum, atingindo de 5%-15% das mulheres no período reprodutivo e até 3%-5% na fase pós-menopausa (VIGANÒ *et al.*, 2004). Algumas pacientes portadoras de endometriose são assintomáticas, no entanto, a maioria apresenta queixas clínicas em diferentes intensidades, sendo as principais dismenorréia (cólica), dor pélvica crônica, infertilidade, dispareunia (dor durante a relação sexual), sintomas intestinais e urinários cíclicos como dor ou sangramento ao evacuar/urinar durante o período menstrual. Além da infertilidade, um importante sintoma da endometriose é a dor que pode ocorrer antes ou durante o período menstrual, podendo surgir de repente, trazendo transtorno físico, psíquico e social para a paciente. O tempo médio entre o início dos sintomas, o diagnóstico da doença e o tratamento é de aproximadamente oito a dez anos. Nesse período, a paciente pode apresentar as queixas clínicas já descritas levando à piora da qualidade de vida e distúrbios emocionais. A eventual inespecificidade do quadro clínico e a falta de correlação entre sintomas e gravidade da doença podem explicar a demora no diagnóstico da endometriose (ARRUDA *et al.*, 2003).

Estima-se que a endometriose seja responsável por 40% das queixas de dor pélvica crônica e por 35% dos casos de infertilidade feminina. A prática de exercícios diários melhora o sistema imunológico e, conseqüentemente, o corpo elimina com maior facilidade os coágulos de endometriose. Outro fator importante relacionado à atividade física é a diminuição da secreção do estrogênio, já que o mesmo favorece a progressão da doença. Uma vida estressante e agitada pode ser fator de risco para o desenvolvimento da doença (LORENÇATTO *et al.*, 2002).

A patologia é considerada um problema de saúde pública, visto que mais de seis milhões de mulheres

no Brasil são portadoras do distúrbio. Além do grande salto qualitativo nos métodos diagnósticos, por motivos ainda pouco claros, a incidência da doença vem crescendo sendo necessária atenção dos profissionais de saúde para o diagnóstico precoce, visando uma melhor eficácia no tratamento (ARRUDA *et al.*; 2003).

2 METODOLOGIA

A metodologia deste estudo caracterizou-se por uma pesquisa exploratória realizada por meio de revisão de literatura em livros, periódicos especializados, produções acadêmicas, bases de dados e publicações científicas referentes à temática.

Os critérios de inclusão, definidos para a busca dos conteúdos, foram: publicações impressas, assim como fontes virtuais, tendo por base os artigos escritos em Português e Inglês tendo como palavras chaves: endometriose, fatores de risco, infertilidade.

2.1 Origem da Endometriose

Segundo Podgaec e colaboradores (2007) duas teorias etiopatogênicas são citadas há quase um século:

1 - Teoria da metaplasia celômica, na qual ocorreria transformação de mesotélio em tecido endometrial.

2 - Teoria da menstruação retrógrada, que postula a fixação de células endometriais provenientes do refluxo do sangue menstrual pelas tubas uterinas para a cavidade abdominal, que ocorreria pela influência de um ambiente hormonal favorável e de fatores imunológicos que não eliminariam tais células desse local impróprio. Nessa teoria, as células endometriais liberadas durante a menstruação escapam por meio das tubas uterinas para dentro da pélvis e caso sejam implantadas, crescem na cavidade pélvica ou abdominal. Isso é chamado de menstruação retrógrada.

Segundo Koninckx e Martin (1992), a endometriose pode ser dividida em três classes: endometriose superficial peritoneal, endometriose

ovariana e de septo retrovaginal sendo chamada de endometriose profunda (lesões que penetram mais que 5 mm no peritônio). Todo mês, os ovários produzem hormônios que estimulam as células da mucosa do útero (endométrio) a se multiplicarem e estarem preparadas para receber um ovócito fertilizado. A mucosa uterina aumenta de tamanho e fica mais espessa. Se essas células, chamadas de células endometriais, crescerem fora do útero, surge a endometriose. Ao contrário das células normalmente encontradas no interior do útero, que são liberadas durante a menstruação, as células fora do útero continuam no lugar. Elas, às vezes, sangram um pouco, mas se curam e são estimuladas novamente durante o ciclo seguinte. Esse processo contínuo provoca os sintomas da endometriose (dor) e pode causar cicatrizes (aderências) nas tubas uterinas, ovários e estruturas ao redor na pélvis. A endometriose é um problema comum, de caráter hereditário, podendo ser passada para as gerações seguintes de uma mesma família. Embora, normalmente, a endometriose seja diagnosticada entre 25 e 35 anos, a doença provavelmente começa quando a menstruação regular inicia. Uma mulher cuja mãe ou irmã tem endometriose apresenta seis vezes mais probabilidade de desenvolver endometriose do que as mulheres em geral (STEFANSSON *et al.*, 2002).

Outros possíveis fatores de risco que corroboram com a endometriose são:

- 1) Começar a menstruar muito cedo com idade de 13/14 anos;
- 2) Nuliparidade;
- 3) Ciclos menstruais freqüentes;
- 4) Menstruações que duram sete dias ou mais;
- 5) Problemas como hímen não perfurado, que bloqueia a passagem do sangue da menstruação.

2.2 Sintomas de Endometriose

A dor é o principal sintoma das mulheres com endometriose. Pode incluir:

Menstruações dolorosas; dor no baixo abdome ou cólicas que podem ocorrer por uma semana ou duas antes da menstruação; dor no baixo abdome durante a menstruação (a dor e as cólicas podem ser

incômodas e uniformes ou intensas); dor durante ou após a relação sexual; dor ao evacuar e ainda dor pélvica ou lombar que pode ocorrer a qualquer momento do ciclo menstrual (MATTA & MULLER, 2005). Fernandes e colaboradores (2003) confirmam que essas alterações, muitas vezes, provocam consequências ruins na vida das mulheres tanto no aspecto profissional como emocional e afetivo. Entre as repercussões profissionais, alguns autores observaram a diminuição da produtividade, diminuição do ganho mensal e menor chance de promoção e evolução na carreira profissional. Acrescentam ainda que muitas pacientes refiram à exclusão social, problemas psicológicos (depressão) e problemas nas relações afetivas que podem chegar até a separação dos casais.

2.3 Exames:

A necessidade de métodos diagnósticos invasivos como laparoscopia e biópsia permanece como um fator de limitação para o diagnóstico correto e oportuno da endometriose. Marcadores bioquímicos precisos e confiáveis trariam um grande avanço nessa área, mas na prática, o marcador ideal ainda não existe (ROGERS *et al.*; 2009). O diagnóstico é basicamente clínico, tendo como parâmetros os critérios definidos pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10)

Os seguintes testes podem ser realizados para diagnosticar a endometriose:

- Exame pélvico;
- Ultrassom transvaginal;
- Vídeo Laparoscopia pélvica;
- Exame de sangue CA 125;
- Citopatologia convencional;
- Ressonância magnética pélvica;
- Ecoendoscopia;
- Colonoscopia.

2.4 Tratamento Medicamentoso da Endometriose:

Como a endometriose é uma doença do

estrogênio dependente, a maioria dos tratamentos medicamentosos busca diminuir a produção de estrógenos circulantes ou fazer oposição a seus efeitos no tecido endometrial. Apesar de o tratamento medicamentoso ser efetivo no alívio da dor associada à endometriose, não há melhora da fertilidade. Há apenas um retardo quanto à possibilidade de gravidez devido à consequente supressão ovulatória, associada com os tratamentos atualmente empregados. Dessa forma, tratamento hormonal supressivo não possui benefício no tratamento de pacientes com endometriose e infertilidade, essa hipótese de melhoramento somente pode ser considerada em casos de endometriose e dor (VERCELLIN, *et al.*, 2009). As opções de tratamento incluem: medicamentos para controlar a dor; medicamentos para impedir que a endometriose piore; cirurgia para retirar as áreas de endometriose; histerectomia com retirada também dos dois ovários. O tratamento a ser realizado depende dos seguintes fatores: idade, gravidade dos sintomas, gravidade da doença e desejo de ter filhos.

Algumas mulheres que não desejam ter filhos e que apresentam um grau leve da doença e dos sintomas podem optar por fazer apenas exames periódicos uma ou duas vezes por ano, para que o médico verifique se a doença não está piorando. Os sintomas podem ser controlados com: exercícios e técnicas de relaxamento, medicamentos antiinflamatórios não esteroidais (AINE), como ibuprofeno (Advil), naproxeno (Aleve); acetaminofeno (Tylenol) ou analgésicos receitados para aliviar a cólica e a dor.

O tratamento clínico da dor na endometriose baseia-se na indução do hipoestrogenismo, seja na produção, metabolização ou na ação dos hormônios sexuais (CHAPRON 2002). O tratamento pode envolver a interrupção do ciclo menstrual e a criação de um estado similar à gravidez (pseudo-gravidez) podendo ajudar no progresso da doença. Para isso, são usadas pílulas anticoncepcionais com estrogênio e progesterona. O uso do medicamento pode ser de forma contínua, durante seis a nove meses e, na sequência, ocorre a interrupção do uso do medicamento por uma semana para que ocorra a menstruação. Esse tipo de terapia alivia a maioria dos sintomas da endometriose, mas não evita as cicatrizes (aderências) causadas pela doença. Ela também não reverte as alterações físicas que já

ocorreram.

2.5 Tratamento Cirúrgico da Endometriose

De acordo com Garry e colaboradores (2000), a cirurgia é uma opção para as mulheres que apresentam dor intensa que não diminui com o tratamento hormonal ou que desejam engravidar em breve ou no futuro. Uma laparoscopia ou laparotomia pélvica é realizada para diagnosticar a endometriose e retirar ou destruir todo o tecido relacionado à endometriose e o tecido cicatricial (aderências). As mulheres que têm a doença com

sintomas graves e não querem ter filhos no futuro podem fazer a cirurgia para retirada do útero (histerectomia) bem como a remoção de um ou dos dois ovários, além das tubas uterinas. Uma em cada três mulheres que não retiraram os dois ovários durante a histerectomia apresentará os sintomas novamente e precisará de cirurgia mais tarde para removê-los. O tratamento cirúrgico realiza-se através da videolaparoscopia com ablação ou ressecção da endometriose da forma menos invasiva e mais eficaz possível. Independentemente da técnica cirúrgica, o objetivo é remover todas as lesões visíveis, corrigir ou ressecar as aderências e restaurar a anatomia normal da pelve (PANDIS *et al.*; 2009).

CONCLUSÃO

Endometriose é uma doença crônica, inflamatória e estrogênio-dependente, sendo o tratamento da infertilidade associada à endometriose uma tarefa difícil. Não se pode excluir dessa decisão a presença de outras causas de infertilidade tanto femininas como masculinas. Assim, a idade da paciente é um fator muito importante, pois após a idade de 35 anos há uma importante diminuição da fecundidade com um aumento da taxa de abortamento espontâneo. Deve-se destacar também o desejo do casal em proceder ou não a tratamentos cirúrgicos, bem como às técnicas de reprodução assistida no momento do planejamento terapêutico.

A terapia hormonal e a laparoscopia pélvica não curam a endometriose, mas podem aliviar os sintomas de modo parcial ou completo em muitas pacientes. Em alguns casos a doença pode voltar, mesmo após a histerectomia. A endometriose pode causar infertilidade, mas não em todas as pacientes, principalmente se for leve. A cirurgia laparoscópica pode ajudar a aumentar a fertilidade e a chance de sucesso depende da gravidade da endometriose. As pílulas anticoncepcionais podem ajudar a impedir ou retardar o desenvolvimento da doença.

Além da dificuldade para engravidar, outras possíveis complicações podem ocorrer tais como: dor pélvica crônica ou prolongada que interfere na vida social e no trabalho; cistos grandes na pélvis (chamados de endometriomas) que podem sofrer ruptura. Em alguns casos, os implantes da endometriose podem causar obstruções no trato gastrointestinal ou urinário.

Os profissionais da Saúde devem oferecer ao paciente um atendimento digno, qualificado, seguro e de confiança, orientando quanto à busca pelo auxílio de equipes multiprofissionais especializadas durante e após a evolução da doença.

REFERÊNCIAS

- ARRUADA, M. S., PETTA, C. A., ABRÃO, M. S., BENETTI-PINTO, C. L. Time elapsed from the onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women. *Hum. Reprod*; 18(4):756-9, 2003.
- CHAPRON, C; VERCELLINI, P.; BARAKAT, H; VIEIRA, M; Dubuisson JB. Management of ovarian endometriomas. *Hum Reprod Update*. 2002;8:591-7.
- FERNANDES, A.; SILVA, M.S.; ARMANI, B.; SOLLERO, C.; YAMADA, E.; QUINTINO, A.; OLIVEIRA, D. Demora para diagnosticar a endometriose pélvica em serviço público de ginecologia em Campinas. **Revista de Ciências Médicas**, 12(2), 123-129, 2003.
- GARRY, R; CLAYTON, R; HAWES, J. The effect of endometriosis and its radical laparoscopic excision on quality of life indicators. *BJOG*. 2000;107(1):44-54.
- GIUDICE, L. C.; KAO, L. C. Endometriosis. **The lancet**, 364, 1789-1799, 2004.
- GONÇALO, S. A. R. Livro Endometriose ONLINE, Trabalho de Ciências, Escola Dr Alfredo João, Vol0, Goiana, 2011.
- GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- KONINCKX P, MARTIN, D. Deep endometriosis: a consequence of infiltration or retraction or possibly adenomyosis externa. *Fertil Steril*. 1992;58 (5):924-8.
- LOPEZ, A. C. S., SANTOS, L. L. R., RAMOS, J. F. D., YATABE, S.; LOPES, R. G.; LIPPI, U. G. Tratamento videolaparoscópico de endometriomas ovarianos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 22(10), 615-618, 2000.
- LORENÇATTO, C., VIEIRA, M. J. N.; PINTO, C. L. B. P.; PETTA, C. A. Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 48(3), 217-221, 2002.
- MACHADO, M. T.; GIUSEPPE, R. Di; BARBOSA, C. P.; BORRELLI, M.; WROCLAWSKI, E. R. Endometriose vesical: aspectos diagnósticos e terapêuticos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 47(1), 37-40, 2001.
- MATTA, A.; MULLER, M. Considerações teóricas para uma leitura junguiana da endometriose. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, 12(1), 144-160, 2005.
- PANDIS, G. K; MICHALA, L; CREIGHTON, S.; CUTNER, A. Minimal access in adolescent gynecology. *BJOG*. (116):214:219, 2009.
- PODGAEC, S.; ABRÃO, M. S; ALDRIGHI, J. M. Aspectos hormonais da endometriose. In: ALDRIGHI, J. M., editor. **Endocrinologia ginecológica: aspectos contemporâneos**. São Paulo: Atheneu; p. 221-8, 2005.
- STEFANSSON, H; GEIRSSON, R. T; STEINTHORSDOTTIR, V; JONSSON, H; MANOLESCU, A.; KONG, A; INGADOTTIR, G.; GULCHER, J.; Stefansson K. Genetic factors contribute to the risk of developing endometriosis. *Hum Reprod*. Mar; 17(3): 555-9, 2002.
- VERCELLINI, P.; SOMIGLIANA, E.; VIGANO, P., ABBIATI, A; BARBARA, G; CROSIGNANI, P. G. **Surgery for endometriosis associated infertility: a pragmatic approach**. *Hum Reprod*. Feb; 24(2): 254-69, 2009.
- VIGANÒ, P., PARAZZINI, F.; SOMIGLIANA, E.; VERCELLINI, P. Endometriosis: epidemiology and aetiological factors. **Best Pract Res Clin Obstet Gynecol**; 18 (2): 177-200, 2004.