

ENDOMETRIOSE: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO
ENDOMETRIOSIS: FROM DIAGNOSIS TO TREATMENT
ENDOMETRIOSIS: DESDE EL DIAGNÓSTICO HASTA EL TRATAMIENTO

Alessandra Bernadete Trovó de Marqui¹

RESUMO

A endometriose é uma condição ginecológica benigna, crônica, caracterizada principalmente por dor pélvica e infertilidade. Esta revisão pretende, de forma breve, mas completa, apresentar informações sobre Sintomas, Diagnóstico, Tratamento, Custos, Etiopatogenia, Fatores associados à Endometriose e Papel da Enfermagem, Saúde da Mulher e Endometriose. Trata-se de um estudo qualitativo, o qual utilizou a técnica de revisão narrativa como aporte metodológico.

Palavras-Chave: Endometriose, Diagnóstico, Terapêutica, Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Endometriosis is a benign, chronic gynecological condition characterized mainly by pelvic pain and infertility. This review aims, briefly but comprehensively provide information about Symptoms, Diagnosis, Treatment, Cost, Pathogenesis, Factors associated with Endometriosis and Role of Nursing, Women's Health and Endometriosis. This is a qualitative study, which used the technique of narrative review and methodological contributions.

Key Words: Endometriosis, Diagnosis, Therapeutics, Women's Health

RESUMEN

La endometriosis es una condición ginecológica benigna, crónica que se caracteriza principalmente por dolor pélvico e infertilidad. Esta revisión tiene como objetivo, breve pero exhaustiva proporcionar información acerca de los Síntomas, Diagnóstico, Tratamiento, Costo, Patogenia, Factores asociados con la Endometriosis y el Rol de Enfermería, Salud de la Mujer y la Endometriosis. Se trata de un estudio cualitativo, lo cual utilizó la técnica de revisión narrativa como aporte metodológico.

Palabras Clave: Endometriosis, Diagnóstico, Terapêutica, Salud de la Mujer.

¹ Professora Adjunto da Disciplina de Genética da UFTM (Universidade Federal do Triângulo Mineiro), Uberaba/MG. E-mail: alessandratrovo@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A Endometriose é uma condição ginecológica crônica, dependente de estrógeno, caracterizada pela presença de tecido endometrial em sítios extra-uterino. Sua prevalência varia de 5 a 15% nas mulheres no período reprodutivo e em torno de 3% na pós-menopausa. Esta revisão narrativa tem por finalidade abordar aspectos gerais dessa doença, com enfoque nos Sintomas, Diagnóstico, Tratamento, Custos, Etiopatogenia, Fatores associados à endometriose e Papel da Enfermagem, Saúde da Mulher e Endometriose.

QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico das pacientes com endometriose é bastante variável. Uma pequena proporção das pacientes são assintomáticas (3 a 22%) e a maioria apresentam como sintomas mais comuns dismenorreia, dispareunia, dor pélvica crônica (DPC), disúria, disquezia e infertilidade.¹ Um estudo retrospectivo avaliou os aspectos clínicos e epidemiológicos de 892 pacientes portadoras de endometriose.² A DPC foi o sintoma mais prevalente, seguido pela dispareunia de profundidade, sendo referidos por 56,8% e 54,7% das pacientes, respectivamente. A infertilidade foi relatada por 39,8% e a base genética e hereditária da doença evidenciada, uma vez que, 5,3% das pacientes relataram parentes afetadas. Um

outro achado interessante nesse estudo foi quanto à escolaridade, pois 76,9% das pacientes possuíam 2º (25%) ou 3º (51,9%) grau completos. Isso pode ser devido a um viés de maior acesso a cuidados médicos e por maior preocupação com a saúde individual em se tratando de dor pélvica ou infertilidade.²

Outras condições, como síndrome do colón irritável, doença inflamatória pélvica e cistite intersticial, podem apresentar sintomatologia semelhante e devem entrar no diagnóstico diferencial.³

Além dos sintomas físicos, dois estudos conduzidos no Brasil demonstraram o impacto psicológico da endometriose na vida das mulheres. Eles mostraram que a frequência de depressão variou de 86,5% a 92%^{4,5} e a ansiedade esteve presente em 87,5% das pacientes avaliadas.⁵ Tais resultados justificam a necessidade de atendimento psicológico às portadoras.

Considerando que a doença e a dor são condições crônicas, as pacientes com endometriose exibem redução da qualidade de vida/QV.⁶ A função sexual, considerada um dos principais aspectos da QV também é comprometida em mulheres com endometriose.⁷ Um estudo recente mostrou que 81 das 111 pacientes com endometriose avaliadas exibiram disfunção sexual, resultando em uma prevalência de 73%.⁷ A existência de dor durante o intercurso sexual (dispareunia), a dor crônica como

um dos principais sintomas da doença, a interferência da doença na capacidade reprodutiva da mulher (infertilidade), os sintomas psicológicos (ansiedade/depressão), o atraso no diagnóstico estão associados com deterioração da QV e/ou função sexual em pacientes com endometriose.

Ainda, vale destacar que, essa doença também compromete a produtividade no trabalho, pois as pacientes afetadas perdem cerca de 10,8 horas semanais de trabalho devido a redução na produtividade e 4,4 horas de absenteísmo, ambos em virtude dos sintomas da endometriose.⁸

DIAGNÓSTICO

O padrão-ouro para diagnóstico da endometriose é a avaliação cirúrgica por videolaparoscopia. Esse procedimento consiste na inserção de uma câmera na cavidade abdominal através de pequenos orifícios na região do umbigo e é obtido uma biópsia da lesão para avaliação anatomopatológica. A classificação utilizada para endometriose é a da *American Society of Reproductive Medicine/ASRM* que gradua a doença em mínima (estádio I), leve (estádio II), moderada (estádio III) ou severa (estádio IV).⁹ Dosagem de CA-125 (*cancer antigen 125*), interleucina-6, exames de imagem como ultrassonografia pélvica transvaginal e ressonância magnética são utilizados para

investigação de endometriose, no entanto, apesar de exibirem boa acurácia, o diagnóstico definitivo somente é obtido por laparoscopia.³

Um dos desafios a ser superado se refere à redução no tempo de diagnóstico da endometriose. Um estudo brasileiro mostrou que o tempo gasto desde o início dos sintomas até o diagnóstico foi, em média, 4 anos para as mulheres com infertilidade e 7,4 anos para aquelas com dor pélvica.¹⁰ Uma outra pesquisa foi conduzida com a finalidade de conhecer as práticas dos ginecologistas brasileiros em relação ao diagnóstico da endometriose. Os resultados mostraram que o tempo gasto até a indicação de um procedimento diagnóstico foi menor para médicos que participaram de congressos e aulas sobre endoscopia ginecológica e endometriose, evidenciando assim que, ginecologistas mais informados suspeitam da doença mais precocemente.¹¹

Em endometriose, a demora na indicação da videolaparoscopia pode levar ao diagnóstico tardio e ao comprometimento do futuro reprodutivo dessas mulheres.

TRATAMENTO

Os tratamentos para endometriose têm como foco a dor e a infertilidade. São empregados tratamento medicamentoso e/ou cirúrgico.³ Esse último pode ser radical

ou conservador (realizado em mulheres com desejo de gestar). Os tratamentos farmacológicos para endometriose compreendem: agonistas do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRHa), inibidores de aromatasas (AIs), moduladores seletivos do receptor de estrógeno (SERMs), moduladores seletivos do receptor de progesterona (SPRMs), inibidores de ciclooxigenase-2 (COX-2), ácidos graxos Omega-3, tiazolidinedionas, extratos naturais e vitaminas, acupuntura, estatinas, fatores antiangiogênicos e agonista de canabinóide. Essas terapias são indicadas para controle da dismenorreia, dispareunia e DPC.¹² Para pacientes com endometriose e infertilidade, são indicados os tratamentos de reprodução assistida (inseminação intrauterina e fertilização em vitro) e deve-se levar em conta o grau da doença, o envolvimento das trompas, a idade e o tempo de infertilidade.^{3,13}

Em relação ao tratamento e diagnóstico da endometriose, o sentimento feminino de 40 mulheres com endometriose e infertilidade foi investigado.¹⁴ Todas essas pacientes estavam em tratamento por não conseguirem engravidar, sendo que 25 delas nunca estiveram grávidas e quatro não conseguiram levar a gestação a termo. Diante do diagnóstico, os sentimentos que se sobressaíram foram insegurança (n=19), ansiedade (n=18), tristeza (n=16) e medo (n=13). Alívio em tomar conhecimento de

um diagnóstico que explicava sua condição foi o sentimento positivo mais relatado (n=8). No entanto, iniciado o tratamento, a maioria das participantes (n=31) relatou bem-estar como sentimento predominante. Trinta e três mulheres referiram o apoio do companheiro e maior proximidade dele após o diagnóstico e início do tratamento. As fontes de apego que ajudaram as mulheres durante o tratamento foram: a fé, a família e em especial, o parceiro. O profissional de saúde deve estar atento para a resposta das pacientes ao diagnóstico e tratamento para assisti-las de maneira mais abrangente. Ainda, considerando que essas pacientes estão passando por um tratamento incerto e emocionalmente carregado, na tentativa de poder engravidar, o profissional de saúde deve promover e estimular a participação ativa do parceiro pois este constitui um recurso valioso que ajudará a mulher a superar essa fase difícil pela qual está passando.¹⁴

CUSTOS DA ENDOMETRIOSE

Uma revisão sistemática da literatura mostrou que o impacto econômico da endometriose é considerável. Foram analisados os impactos financeiros consequentes dos custos diretos de consultas, diagnóstico, exames, tratamentos da endometriose, e os indiretos, como o absenteísmo no trabalho ou em compromissos diários.¹⁵ Foi enfatizada a

necessidade de pesquisas que analisem o impacto financeiro da endometriose no Brasil devido à ausência de estudos científicos com esse enfoque em nosso país.¹⁵

Um estudo prospectivo multicêntrico em 909 mulheres com endometriose atendidas em 12 centros terciários de 10 países avaliou os custos da doença em euros.¹⁶ Foram investigados custos com cuidado à saúde (diretos) e custos com perda de produtividade no trabalho (indiretos). A média de custos totais anuais por mulher foi 9579 euros, sendo 6298 de custos indiretos (66% dos custos totais) e 3281 de custos diretos (3113 euros de custos diretos com saúde, ou seja, 95% dos custos diretos e 168 euros de custos não relacionados à saúde, isto é, 5% dos custos diretos). Os itens mais importantes dos custos com cuidado à saúde foram cirurgia (29%), testes de monitoramento (19%), hospitalização (18%) e consultas médicas (16%). Os gastos com medicação foram responsáveis por 10% dos custos com cuidados à saúde. Os 3113 euros de custos diretos anuais com saúde em mulheres com endometriose são similares aos gastos estimados para outras doenças crônicas como diabetes melitus (2858 euros), doença de Crohn's (3100-7447 euros) e artrite reumatóide (4284 euros).¹⁶

Os dados acima mostram que a endometriose é um problema de saúde

pública e gera custos altos e significativos para os sistemas de saúde.

ETIOPATOGENIA

As teorias sugeridas para explicar a etiologia da endometriose compreendem:

- 1) teoria da metaplasia celômica na qual ocorreria transformação de mesotélio em tecido endometrial;
- 2) teoria da disseminação linfática, na qual as células endometriais chegariam aos focos raros fora da cavidade peritoneal pelos vasos sanguíneos;
- 3) teoria dos restos embrionários, na qual o tecido endometrial ectópico surge a partir de células de origem mulleriana, devido a um estímulo ainda indeterminado capaz de diferenciar essas células;
- 4) teoria da menstruação retrógrada ou da implantação.

Essa última, proposta por Sampson em 1927, é a mais amplamente aceita para explicar a origem da endometriose. Segundo essa teoria, o sangue proveniente da menstruação contendo fragmentos do endométrio sofreria de maneira retrógrada um refluxo voltando através das tubas uterinas atingindo a cavidade peritoneal, órgãos pélvicos e abdominais e implantando-se nestes locais devido a um ambiente hormonal favorável e com fatores imunológicos que não seriam capazes de eliminar as células endometriais deste local impróprio.¹⁷

A endometriose é referenciada como “doença da mulher moderna”, pois atualmente a mulher está propensa a uma menarca mais precoce, menor número de gestações (e cada vez mais tardias), o que implicaria em maior número de menstruações e, portanto, maior exposição à menstruação retrógrada.⁴

FATORES ASSOCIADOS À ENDOMETRIOSE

Existem fatores de risco e proteção associados à endometriose. A prática regular de atividades físicas parece ter efeito protetivo contra doenças que envolvem processos inflamatórios desde que ela induz a um aumento nos níveis sistêmicos de citocinas que possuem propriedades anti-inflamatórias e antioxidantes e também atuam na redução dos níveis de estrógeno. Considerando que a endometriose é uma doença inflamatória e estrógeno-dependente, é possível que a atividade física tenha efeitos benéficos na endometriose. No entanto, uma revisão da literatura publicada recentemente mostrou que a literatura disponível é inconclusiva quanto aos benefícios dos exercícios físicos para mulheres com endometriose.¹⁸

Uma outra revisão apresentou os resultados de 11 estudos que investigaram a associação da dieta (consumo de vegetais, frutas, vitaminas A, B, C, D, E, cálcio, carne vermelha, peixe, fibras) e o risco de

endometriose. Os resultados são contraditórios e sugerem a necessidade de mais pesquisas nessa área.¹⁹ Outro estudo do tipo metanálise mostrou que não há evidências de associação entre consumo de café/caféina e risco de endometriose.²⁰

A contribuição de polimorfismos genéticos (SNPs) para o desenvolvimento da endometriose é discutida por Trovó-Marqui.²¹ É apresentada uma descrição detalhada dos genes que regulam a função vascular e o remodelamento de tecidos. O papel dos SNPs na etiologia da endometriose também é questionável.

ENFERMAGEM, SAÚDE DA MULHER E ENDOMETRIOSE

Com o objetivo de facilitar a atuação dos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, para um atendimento adequado às pacientes com endometriose, foi elaborado um Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem para Atendimento às Portadoras de Endometriose (CDEEPE), representado por arquétipos.²² No Brasil, existe dificuldade em encontrar profissionais de enfermagem que prestem assistência às portadoras de endometriose, uma vez que o papel do enfermeiro especialista em saúde da mulher sempre foi mais direcionado às demandas relativas à gravidez e ao parto. Nesse sentido, o CDEEPE permitirá um maior conhecimento dos enfermeiros sobre essa

doença com consequente melhora no atendimento prestado às portadoras. O CDEEPE possibilita a identificação de informações importantes para a prática de enfermagem e contribui para a aplicação do Processo de Enfermagem no cuidado prestado à pacientes com endometriose.²²

Ainda, considerando que uma das atribuições da Enfermagem é a educação em saúde, é imprescindível que o enfermeiro que atua na área de saúde da mulher seja conhecedor da etiologia, apresentação clínica, diagnóstico e opções terapêuticas para a endometriose com a finalidade de dar suporte às pacientes e atuar na promoção da saúde.²³

A endometriose é considerada um problema de saúde pública no Brasil.¹⁵ Como já destacado acima, a falta de informações sobre essa doença por parte das pacientes e dos profissionais de saúde compromete o diagnóstico e atendimento às mulheres afetadas. Para suprir essa necessidade foi estabelecido pelo Ministério da Saúde, através da Portaria no. 144 de 31 de março de 2010, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Endometriose.²⁴

No Brasil, às políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, implantadas nos anos de 1984 e 2004 e correspondentes ao PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher) e PNAISM (Política Nacional de Atenção

Integral à Saúde da Mulher), respectivamente, não incluem a Endometriose.^{25,26}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A endometriose é uma doença multifatorial e complexa. Os principais sintomas que afligem as mulheres com endometriose incluem a dor e a infertilidade, pois estas exercem um impacto direto na vida conjugal, social, profissional e capacidade reprodutiva das mulheres afetadas. Essa doença crônica tem um efeito considerável na vida da paciente e traz um impacto econômico para a sociedade, em virtude do atraso no diagnóstico, infertilidade, alta prevalência de ansiedade/depressão, quadros frequentes de dor que pode levar a várias internações, necessidade de tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, risco de recorrência da doença, redução na qualidade de vida, função sexual e produtividade no trabalho.

Diante do exposto, o ideal seria que as pacientes com endometriose fossem acompanhadas por uma equipe multiprofissional, composta por médicos ginecologistas, psicólogos ou profissionais da saúde mental, fisioterapeutas, enfermeiros, terapeuta sexual ou psicoterapeuta. A incorporação desses profissionais na rotina ginecológica de atendimento à endometriose permitiria um atendimento holístico às pacientes, com

foco nos sintomas físicos e psíquicos da doença.

Nessa revisão também é comentado o papel do enfermeiro, que exerce sua função em qualquer atividade que preste assistência ao ser humano, no contexto da endometriose. A enfermagem, por sua vez, deve contribuir durante o levantamento de informações sobre o estado de saúde da paciente, tratamento e prognóstico, e no sentido de apoio e educação às pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Bulun SE. Endometriosis. *N Engl J Med*. 2009;360(3):268-79.
2. Bellelis P, Dias JA Jr, Podgaec S, Gonzales M, Baracat EC, Abrão MS. Epidemiological and clinical aspects of pelvic endometriosis—a case series. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(4):467-71.
3. Nácúl AP, Spritzer PM. [Current aspects on diagnosis and treatment of endometriosis]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32(6):298-307.
4. Lorençatto C, Vieira MJ, Pinto CL, Petta CA. [Evaluation of the frequency of depression in patients with endometriosis and pelvic pain]. *Rev Assoc Med Bras*. 2002;48(3):217-21.
5. Sepulcri R de P, do Amaral VF. Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009;142(1):53-6.
6. Minson FP, Abrão MS, Sardá Júnior J, Kraychete DC, Podgaec S, Assis FD. [Importance of quality of life assessment in patients with endometriosis]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012;34(1):11-5.
7. Jia SZ, Leng JH, Sun PR, Lang JH. Prevalence and associated factors of female sexual dysfunction in women with endometriosis. *Obstet Gynecol*. 2013;121(3):601-6.
8. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, d'Hooghe T, de Cicco Nardone F, de Cicco Nardone C, et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertil Steril*. 2011;96(2):366-373.e8.
9. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril*. 1997;67(5):817-21.
10. Arruda MS, Petta CA, Abrão MS, Benetti-Pinto CL. Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women. *Hum Reprod*. 2003;18(4):756-9.
11. Petta CA, Matos AM, Bahamondes L, Faúndes D. Current practice in the management of symptoms of endometriosis: a survey of Brazilian gynecologists. *Rev Assoc Med Bras*. 2007;53(6):525-9.
12. Rocha AL, Reis FM, Petraglia F. New trends for the medical treatment of endometriosis. *Expert Opin Investig Drugs*. 2012;21(7):905-19.
13. Crosera AMLV, Vieira CHF, Samama M, Martinhago CD, Ueno J. Tratamento da endometriose associada à infertilidade - revisão da literatura. *Femina* 2010;38(5): 251-6.
14. Vila ACD, Vandenberghe L, Silveira NA. A vivência de infertilidade e endometriose: pontos de atenção para profissionais de saúde. *Psic., Saúde & Doenças* 2010,11(2):219-28.
15. Spigolon DN, Amaral VF, Barra CMCM. Endometriose: impacto econômico e suas perspectivas. *Femina* 2012;40(3):129-34.
16. Simoens S, Dunselman G, Dirksen C, Hummelshoj L, Bokor A, Brandes I, et al. The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. *Hum Reprod*. 2012;27(5):1292-9.
17. Burney RO, Giudice LC. Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. *Fertil Steril*. 2012;98(3):511-9.

18. Bonocher CM, Montenegro ML, Rosa E Silva JC, Ferriani RA, Meola J. Endometriosis and physical exercises: a systematic review. *Reprod Biol Endocrinol*. 2014;12:4.
19. Parazzini F, Viganò P, Candiani M, Fedele L. Diet and endometriosis risk: a literature review. *Reprod Biomed Online*. 2013;26(4):323-36.
20. Chiaffarino F, Bravi F, Cipriani S, Parazzini F, Ricci E, Viganò P, et al. Coffee and caffeine intake and risk of endometriosis: a meta-analysis. *Eur J Nutr*. 2014 Jan 31
21. Trovó de Marqui AB. Genetic polymorphisms and endometriosis: contribution of genes that regulate vascular function and tissue remodeling. *Rev Assoc Med Bras*. 2012;58(5):620-32.
22. Spigolon DN, Moro CMC. Arquétipos do Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem para Atendimento de Portadoras de Endometriose. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012; 33(4):22-32.
23. Mao AJ, Anastasi JK. Diagnosis and management of endometriosis: the role of the advanced practice nurse in primary care. *J Am Acad Nurse Pract*. 2010;22(2):109-16.
24. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria SAS/MS n. 144, de 31 março de 2010. Brasília, 2010.
25. Ministério da Saúde (Brasil). Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília, 1984.
26. Ministério da Saúde (Brasil). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, 2004.

Artigo recebido em 04/06/2014.

Aprovado para publicação em 08/10/2014.