

1 - INTRODUÇÃO

A Endometriose foi descrita há mais de 300 anos como “úlceras” peritoneais que apareciam na superfície da bexiga, intestino e na superfície do útero. No século XVIII os médicos descreveram uma associação das cicatrizes, dano tissular e dor pélvica. Com a melhora na microscopia, os investigadores do século XIX identificaram o tecido endometrial ectópico (DULY *et al*, 2007). Sampson, em 1921, foi o primeiro a descrever a endometriose como uma entidade clínica em uma paciente com cistos ovarianos de “chocolate” (FERNANDO FREITAS, 2006). Esse autor postulou que o refluxo de células endometriais viáveis através dos tubos, durante o período menstrual, seria a causa da endometriose (EDMUND CHADA, 2005).

A Endometriose é definida como a presença de tecido endometrial (glândulas e estromas) fora do útero. (BEREK E NOVAK, 2005). Ela acomete os seguintes locais, em ordem decrescente de frequência: os ovários, os ligamentos uterinos, o septo retovaginal, o peritônio pélvico, as cicatrizes de laparotomia e raramente o umbigo, a vagina, a vulva e o apêndice. (ROBBINS E COTRAN, 2005). São sintomas principais: dismenorréia, dispaurenia e infertilidade. (EDMUND CHADA, 2005). Foram propostas três teorias para explicar sua histogênese: I- transplante ectópico de tecido endometrial. II- metaplasia celômica. III- Teoria da indução. (BEREK E NOVAK, 2005).

A Endometriose é encontrada predominantemente nas mulheres em idade reprodutiva, mas foi descrita em adolescentes e em mulheres na pós-menopausa que recebem reposição hormonal (BEREK E NOVAK, 2005). A endometriose atinge em torno de 6 milhões de brasileiras, 15% das mulheres entre 15 e 45 anos de idade possuem essa doença. Esse percentual sobe para até 70% quando a mulher apresenta história de infertilidade (Portal da endometriose, 2009). Mulheres com endometriose têm 20 vezes mais chances de serem inférteis. Sua associação com dor pélvica crônica (DPC) pode ocorrer em 70 a 90% dos casos. Pode também ser encontrada em 2 a 43% dos pacientes assintomáticos, submetidos à videolaparoscopia por outras razões (FERNANDO FREITAS, 2006).

Já é bem estabelecida a associação entre endometriose e infertilidade. Com a endometriose, ocorre disfunção ovulatória com associação de hiperprolactinemia, síndrome da luteinização do folículo não-roto (LUF) e alterações da fase lútea. (MOURA *ET AL*.1999). As pacientes com endometriose se classificariam como subférteis, e a associação de alterações e mecanismos de sua doença com outros fatores, as tornariam inférteis. (FERNANDO FREITAS, 2006).

Analizou-se a frequência de endometriose e sua relação com a infertilidade a partir do levantamento de dados obtidos nos prontuários de pacientes atendidas no Hospital São Marcos em Teresina-PI, baseando-se no número crescente de pacientes com queixas em relação à dificuldade de engravidar e o aumento da prevalência de endometriose, principalmente em pacientes cada vez mais jovens e também devido ao fato de a endometriose ser uma patologia de pouco conhecimento pela população em geral. É imprescindível que mais pesquisas sejam direcionadas no sentido de alertar sobre a crescente frequência desta patologia e os riscos inerentes que a doença promova a infertilidade, principalmente, em mulheres jovens.

4-MATERIAIS E MÉTODOS

Este Trabalho foi submetido à apreciação e aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade Novafapi em Teresina-PI (n --- anexo 1)

Realizou-se um estudo observacional quantitativo retrospectivo, através de dados secundários de prontuários de pacientes portadoras de endometriose no Hospital São Marcos no período de 2006 a 2008. Os dados foram coletados no serviço de estatística do Hospital. Para isso foi confeccionada um ficha protocolo em que foram avaliados: idade, frequência dos ciclos menstruais (regular, irregular e ausente), ocorrência de infertilidade, raça e menarca.

Os dados coletados foram submetidos a estatística usando-se o programa Excel. Foram identificadas 321 pacientes com endometriose, com idade entre 18 e 45 anos

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Segundo Matta e Muller (2006) A Endometriose é uma ginecopatía de natureza progressiva, caracterizada pela presença de focos de endométrio fora da cavidade uterina. Os focos podem ser superficiais ou invasivos e respondem ao mesmo estímulo hormonal do ciclo menstrual da mulher, ou seja, todas as mudanças do endométrio dentro da cavidade uterina podem ser observadas no endométrio fora da cavidade uterina, o que significa sangramento interno, que leva ao aumento das lesões, provocando dores em cólicas de forte intensidade no período menstrual (dismenorréia), dor à relação sexual (dyspareunia), esterilidade, irregularidade menstrual, alterações urinárias e intestinais cíclicas também são encontradas, como dor à evacuação, diarreia, disúria perimenstrual (dor durante a micção no período menstrual), poliúria (aumento da frequência miccional), urgência miccional e hematúria (emissão de sangue através da uretra, acompanhado ou não pela urina).

Uma lesão característica são os endometriomas. Estes são focos macroscópicos de endometriose que formam uma lesão expansiva; em que a paciente terá dor e um desconforto abdominal e sintomas compressivos. Cerca de 15 a 20% das pacientes com endometriose podem apresentar menorragia *spotting* pré-menstrual. O fato de ser uma doença estrogénio-dependente explica sua característica prevalente em jovens. A produção deste hormônio diminui com a idade e entra em dramática queda na menopausa, o que contribui para a diminuição dos sintomas da endometriose. Há situações que aumentam a frequência da endometriose, como história familiar (irmãs ou mães com endometriose), principalmente em suas formas mais graves e recidivantes. É excepcional em mulheres na pós-menopausa ou em homens, exceto se utilizarem hormonioterapia. Em pacientes púberes, deve-se investigar a presença de malformações do trato genital que bloqueia o fluxo menstrual. Até o momento, não foi determinada associação com etnia ou outros fatores. (PASSOS *et al*, 2000)

Há inúmeras teorias tentando explicar sua etiopatogenia. Até agora, 3 teorias são as mais aceitas. A teoria da Metaplasia celômica parte do princípio de que o endométrio e as células peritoneais derivam do mesmo epitélio embrionário (epitélio celomático), que teria a capacidade de transformar-se em vários tipos celulares, inclusive células endometriais. Até hoje, no entanto, não se consegue demonstrar que uma célula diferenciada possa transformar-se em outra célula madura. A teoria dos Implantes ectópicos engloba hipótese canalicular descrita por Sampson, em 1927, de que através da menstruação retrógrada as células endometriais seriam implantadas na cavidade peritoneal. Outros mecanismos, tais como a disseminação linfática, vascular ou até mesmo iatrogênica, partem do mesmo princípio da teoria descrita por Sampson, ou seja, o implante de células endometriais na superfície peritoneal. Como última teoria mais aceita, coloca-se a teoria da Indução, onde substâncias indutoras liberadas por células endometriais ectópicas induziriam as células multipotenciais do mesênquima indiferenciado a transformar-se em novas células endometriais. (PASSOS *et al*, 2000).

Uma das dúvidas que persiste até a presente data na literatura médica é encontrar a forma mais eficaz para se fazer o tratamento de mulheres portadoras de endometriose (EDT) associada à infertilidade. Os autores reforçam a idéia de que a EDT não compromete exclusivamente a receptividade do endométrio, mas também o desenvolvimento dos ovócitos e pré-embriões. A paciente portadora de EDT, apesar de ter o ovário menos responsivo e embriões de qualidade inferior, é capaz de conseguir a gestação por meio das técnicas de reprodução assistida, com boas chances de sucesso (AOKI *et al*, 2005).

A fecundidade mensal de mulheres com endometriose é significativamente menor. Alguns estudos relatam que 20 a 50% das mulheres inférteis têm endometriose e 30 a 50% das mulheres com endometriose são inférteis, sugerindo um possível papel da endometriose

na etiopatogênese da infertilidade. Nos casos de endometriose moderada e severa, em que geralmente se identifica comprometimento morfológico da anatomia pélvica, é clara a associação entre esta afecção e a infertilidade subsequente, embora uma demonstração clara de relação causal ainda não tenha sido estabelecida. Contudo, alguns estudos têm evidenciado menores taxas de fecundidade neste grupo de pacientes, quando comparadas com mulheres férteis normais (NAVARRO *et al*, 2006).

De acordo, com a Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva a classificação baseia-se na morfologia, dimensões e profundidade dos implantes peritoneais e ovarianos, grau de obliteração do fundo de saco de Douglas, extensão e tipo de aderências anexiais. Podem ser considerados 4 graus de endometriose: I- endometriose mínima com poucos implantes superficiais; II - endometriose ligeira- com implantes em maior número e mais profundos. III- endometriose moderada- com muitos implantes profundos, pequenos endometriomas e algumas aderências frouxas. IV- endometriose grave/severa- com muitos implantes profundos, grandes endometriomas e muitas aderências firmes. A maioria dos estudos encontra associação entre a endometriose moderada ou severa e a infertilidade. Muitos são os estudos sugeridos como base desta associação, como: insuficiência luteínica, a disfunção ovariana, a alteração da receptividade do endométrio e a influência do líquido peritoneal sobre os gametas. É necessário melhorar ainda a atuação clínica sobre a endometriose, pois, ela causa um efeito negativo na qualidade de vida associada a situações de infertilidade e de freqüente recorrência, necessitando de investigação mais aprofundada, principalmente na área de epidemiologia, genética e patogenia como suporte para tratamentos mais eficazes (CABRITA). Apesar de alguns autores terem tentado demonstrar associação entre infertilidade e endometriose sugerindo disfunções endócrinas, outros mostraram falta de significância clínica. Recentemente, foi proposta associação entre endometriose e disfunção imune que poderia prejudicar a fertilidade e a implantação. Entretanto, essa associação ainda não está confirmada e, no momento, não há evidências conclusivas de que a endometriose, como fator isolado, seja causa de infertilidade. (GEBER *et al*).

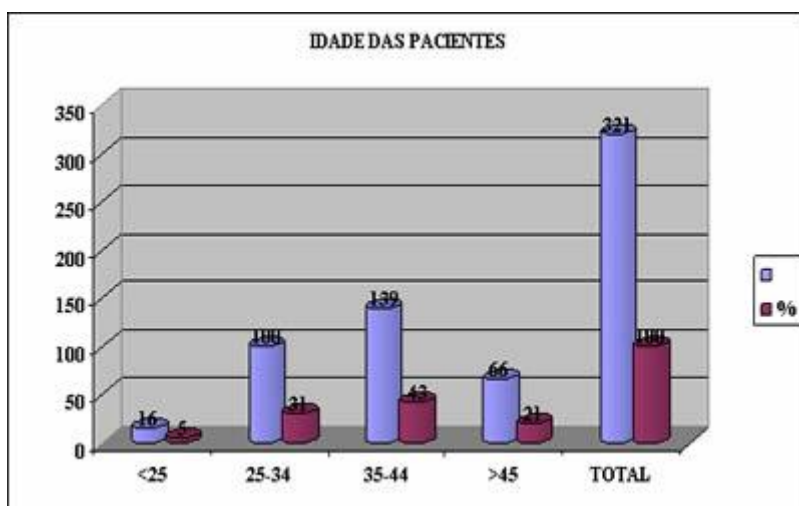
O diagnóstico baseia-se na anamnese, no exame físico e nos exames complementares. Dentre os exames complementares, pode ser realizada a ultra-sonografia com transdutores vaginais, dopplervelocimetria colorida, ultrasonografia transvaginal tridimensional, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, laparoscopia/histopatológico e dosagens de marcadores como o CA-125, proteína C reativa e anticorpos anticardiolipinas (MOURA *et al*.1999).

Em casos de endometriose extensa, associada a endometriomas, quando a cirurgia é indicada, é importante se considerarem os riscos do tratamento. Em pacientes inférteis é fundamental que, além de evitar à formação de aderências a função ovariana seja

preservada. A remoção de endometriomas ou ablação de lesões endometrióticas sobre a superfície ovariana pode levar a uma redução da reserva folicular, com conseqüente piora da resposta à estimulação. Além disso, em alguns casos, pode ser necessária a remoção de um ou dois ovários. Nesses casos, a cirurgia será mais nociva para o futuro reprodutivo da paciente que a própria endometriose. O princípio terapêutico básico é tratar as seqüelas já existentes e impedir sua progressão através do uso de hormônios. O tratamento deve ser individualizado, considerando sempre os sintomas da paciente e o impacto da doença e do tratamento sobre a qualidade de vida. Uma equipe multidisciplinar especializada deve ser (sempre que possível) envolvida, na tentativa de fornecer um tratamento capaz de abranger todos os aspectos biopsicosociais da paciente (GEBER *et al*).

6. RESULTADOS

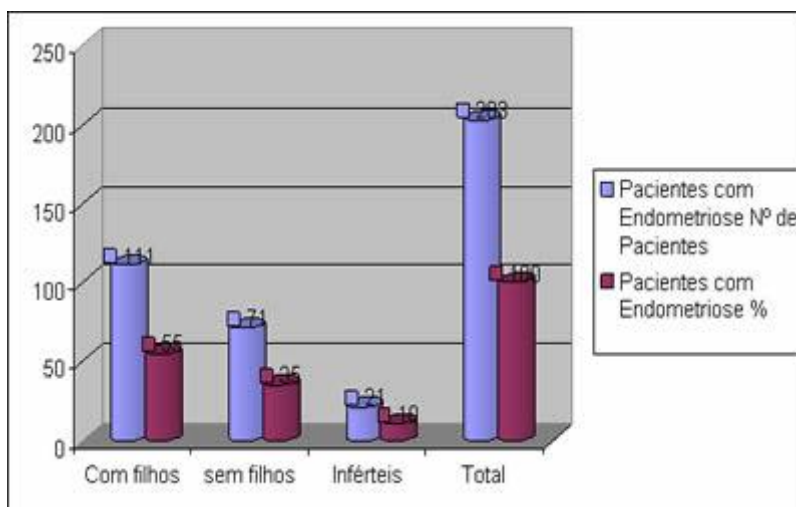
IDADE		%
<25	16	5
25-34	100	31
35-44	139	43
>45	66	21
TOTAL	321	100



Pacientes com Endometriose

Tipo	Nº de Pacientes	%
Com filhos	111	55
sem filhos	71	35

Inférteis	21	10
Total	203	100



DISCUSSÃO

Embora haja consenso de que a idade não guarda relação com a gravidade de uma eventual endometriose, partindo-se do princípio que os estrogênios têm importância no desenvolvimento dessa doença, fica claro perceber que o período reprodutivo da mulher é de particular interesse. (MARQUES, 2005) Observou-se essa ginecopatia em mulheres variando de 18 a 80 anos, com uma média de idade Estudo feito no HSM mostrou que a idade média era entre 35 e 44 anos, em 43% dessas pacientes. De acordo com nossos dados, percebe-se uma semelhança aos encontrados na literatura, onde a maior prevalência é entre a 3ª e 4ª década de vida, que é o período reprodutivo da mulher.

O quadro clínico é variável, sendo os sintomas encontrados com maior frequência: a Dor Pélvica com duração de pelo menos seis meses, referida pela paciente e classificada em leve, moderada ou severa, a Dispaurenia dor às relações sexuais, principalmente à penetração profunda, presente na maioria das relações sexuais, referida pela paciente, e classificada em leve, moderada ou severa, e a Infertilidade que é a incapacidade de um casal de engravidar e ter filhos. (qtidade de pacientes inférteis) Pôde-se observar que a história familiar é considerada outros fatores de risco para endometriose mulheres com parentes de primeiro grau acometidos pela doença têm o risco aumentado em três a dez vezes de desenvolver endometriose, apresentando geralmente forma mais severa da doença, quando comparadas com casos isolados como não há um padrão claro de hereditariedade, a endometriose provavelmente seja um traço genético complexo, com a interação de múltiplos genes e também do meio ambiente (arruda, 2002)

a endometriose permanece uma doença controversa não apenas pela dificuldade de entendimento de sua fisiopatologia e evolução natural, mas também por sua relevância como fator na infertilidade

depressão é extremamente comum em pacientes com dor crônica, mas a relação entre essas duas condições continua controversa¹⁶. Tanto a depressão como a dor crônica são formas comuns de somatização e, assim como a dor pode ser uma expressão somática do desconforto psicológico, a depressão pode ser uma resposta à dor crônica²⁰.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- ABRÃO, Maurício Simões; PODGAEC, Sérgio. Tratamento da endometriose por laparoscopia operatória. In: PINOTTI, Jose Aristodemo; FONSECA, Ângela Maggio da; BAGNOLI, Vicente Renato **Tratado de ginecologia: condutas e rotinas da disciplina de ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. 1096p.
- 2- AOKI, Tsutomu *et al.* Resultados Obtidos em Mulheres Portadoras de Endometriose Pélvica Avançada e Mulheres com Ligadura Tubária, Submetidas ICSI: Análise Comparativa. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo, SP, v.27, n.10, p. 599- 606, Nov.2005
- 3- BARROS, Alfredo Carlos S. D. ; PINOTTI, Jose Aristodemo. **Ginecologia moderna: condutas da clinica ginecológica da faculdade de medicina da USP**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. 627p
- 4- CABRITA, SV *et al.* Endometriose: Revisão Temática. **Revista de Obstetrícia e Ginecologia**. Coimbra, Portugal.
- 5- HOOGHE, Thomas M.; HILL III, Joseph A. **Endometriose**. In: BEREK, Jonathan S. Novak Tratado de ginecologia. 13ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 1338p.
- 6- KUMAR, Vinay. **Robbins e Cotran: patologia, bases patológicas das doenças**. 7ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- 7- MOURA, Marcos Dias de. *et al.* Avaliação do **Tratamento Clínico da Endometriose**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Ribeirão Preto, SP, V.21, N.2, p.85-90, 1999.

8- NAVARRO, Paula Andréia de Albuquerque Sales; BARCELOS, Ionara Diniz Santos; SILVA, Júlio César e. **Tratamento da Endometriose**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Ribeirão Preto, SP, v.28, n.10, p.612-623, out.2006.

9- PASSOS, Eduardo Pandof *et al.* Endometriose. In: FREITAS Fernando. **Rotinas em ginecologia**. 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 584p

10- **Portal da Endometriose** disponível em: acessado dia 29 de abril de 2009

11- SCHOR, Eduardo. Endometriose. In: BARACAT, Edmund Chada; LIMA, Geraldo Rodrigues de. **Guia de ginecologia**. Barueri - SP: Manole, 2005. 698p.

12- TORRES-CEPEDA, Duly *et al.* **Infertilidade e Endometriose**. Revista de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, Maracaibo, Zulia, V.67, N°4, P268-274, Dez.2007.

13- NEME, R.M. *et al.* **The presence of endometriosis does not effect clinical pregnancy**, implantation rates and embryo quality in patients undergoing intracytoplasmic sperm injection. Suppl, São Paulo, v. 82, n. 2, p. 164-165, setembro 2004

14- HIROTA, Y *et al.* Protease-activated receptor 2 (PAR2) **stimulates the proliferation of endometriotic stromal cells via mitogen- activated protein kinases (MAPKs)**. Department of Obstetrics and Gynecology, Faculdade de Medicina, Universidade de Tokyo, Tokyo, Japão.