

Revisão de Literatura (Farmácia)

ASPECTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DA ENDOMETRIOSE

DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ASPECTS OF ENDOMETRIOSIS



<https://doi.org/10.31072/rcf.v9iedesp.583>

Patrícia Pires do Amaral

Discente do curso de Farmácia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. E-mail: patriciaamaral1301@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9340-7867>.

Thais Piola Alves

Graduada em farmácia pela Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. Atualmente pós-graduando em Farmácia Clínica e Hospitalar pela Faculdade Unyleya - RJ. Farmacêutica no Hospital Municipal de Theobroma - RO. E-mail: thais_piola@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7962-9546>.

Jessica Akemi Yamagishi

Graduada em farmácia pela Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, Ariquemes-RO. E-mail: jessica_yamagishi@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9763-2415>.

André Tomaz Terra Júnior

Mestre em Oncologia Clínica, Terapia Celular e Células troncos pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto -FMRP/USP. Docente do curso de graduação em Farmácia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente -FAEMA. E-mail: andretomazfaema@gmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7365-5284>.

Clóvis Dervil Apparatto Cardoso Júnior

Mestre em Ciências Farmacêuticas e graduado em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); Coordenador do Curso de Farmácia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7886-6512>.

Submetido em: 13 mar. 2018. Aprovado em: 07 jun. 2018. Publicado em: 15 jun. 2018.

Descritores (DeCS)⁸:

Endometriose
Dor pélvica
Diagnóstico
Tratamento.

RESUMO: A endometriose é uma patologia caracterizada pela presença de tecido endometrial de caráter benigno fora da cavidade uterina, causando dor pélvica e infertilidade. A identificação da doença pode ser tardia, pois muitas vezes ela se manifesta silenciosamente. Após a realização da videolaparoscopia, a endometriose pode ser classificada de acordo com o tipo histológico dos implantes, com a localização anatômica da doença - peritônio, ovário ou septo retovaginal ou pela extensão da doença sobre os órgãos pélvicos. O presente estudo teve por objetivo analisar os principais aspectos da endometriose com destaque no diagnóstico e tratamento desta patologia. Trata-se de um levantamento bibliográfico, pesquisado no Google Acadêmico, revistas eletrônicas e livros entre o ano de 2002 e 2017. Os exames de imagem são mais indicados para diagnosticar a provável presença da doença, os mais utilizados são a ultrassonografia e a ressonância magnética, devido sua alta capacidade de detectar a patologia. A terapia hormonal não cura, mas pode amenizar as manifestações de modo parcial ou completo nas pacientes. A cirurgia laparoscópica pode favorecer para aumentar a fertilidade e a chance de sucesso dependendo da gravidade da endometriose. As pílulas anticoncepcionais conseguem colaborar para impedir ou retardar a evolução da doença. Portanto, a endometriose é considerada uma patologia enigmática, que merece atenção Jdo farmacêutico, esclarecendo as dúvidas sobre o tratamento e os medicamentos, assim como o conhecimento da população. Uma vez que, é uma doença de diagnóstico difícil e mesmo não sendo considerada maligna, gera graves danos à vida da mulher.

Descriptors:

Endometriosis
Pelvic pain
Diagnosis
Treatment

ABSTRACT: Endometriosis is a pathology characterized by the presence of benign endometrial tissue outside the uterine cavity, causing pelvic pain and infertility. The identification of the disease can be late because it often manifests itself silently. After endoscopic laparoscopy, endometriosis can be classified according to the histological type of the implants, with the anatomical location of the disease - peritoneum, ovary or rectovaginal septum or by the extension of the disease on the pelvic organs. The present study aimed to analyze the main aspects of endometriosis, with emphasis in the diagnosis and treatment of this pathology. This is a bibliographic survey, searched in Google Scholar, electronic journals and books between the years of 2002 and 2017. Imaging tests are more indicated to diagnose the probable presence of the disease, the

⁸ Descritores em Saúde (DeCS). Vide <http://decs.bvs.br>.



most used are ultrasonography and magnetic resonance imaging , due to its high capacity to detect the pathology. Hormone therapy does not cure but may partially or completely alleviate manifestations in patients. Laparoscopic surgery may favor increased fertility and the chance of success depending on the severity of endometriosis. Birth control pills can help prevent or slow the progression of the disease. Therefore, endometriosis is considered an enigmatic pathology, which deserves attention of the pharmacist, clarifying the doubts about the treatment and the medicines, as well as the knowledge of the population. Since it is a difficult diagnosis disease and even though it is not considered malignant, it causes serious damage to a woman's life.

INTRODUÇÃO

Endometriose é definida como presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. É uma doença crônica relacionada à dor pélvica e infertilidade. O endométrio é uma mucosa que recobre a parede interna do útero, tornando-se mais espessa para que o óvulo depois de fertilizado consiga implantar nele. Cada vez que não acontece fecundação, boa parte desse endométrio que aumentou é eliminado durante a menstruação. Em alguns casos, ao invés de ser expelido, parte desse sangue desloca para sentido contrário e espalha na cavidade abdominal e nos ovários, no qual voltam a proliferar-se e a sangrar, ocorrendo a lesão endometriótica^(1,2).

A *American Society of Reproductive Medicine* hoje é a classificação mais empregada. Esta classificação dispõe a patologia em leve, mínima, moderada ou grave, pelo tamanho da patologia no peritônio e ovários, assim como pelo impedimento do fundo de saco de Douglas e pela existência de aderências tubo-ovarianas⁽³⁾.

Entretanto, com base em estimativas de prevalência, a endometriose afeta 10% das mulheres em idade fértil e 30%-50% de mulheres na pré-menopausa sintomática, isto representa em torno de 176 milhões de mulheres no mundo todo. A etiopatogenia até agora não se encontra perfeitamente elucidada, porém os fundamentos apontam que a junção de fatores hormonais, genéticos e imunológicos poderia auxiliar para a criação e também no aperfeiçoamento dos núcleos ectópicos de endometriose⁽²⁾.

É um pertinente motivo de dor pélvica e infertilidade feminina, conduzindo ao gasto mental e físico, prejudicando em casos sérios as condições de vida dos pacientes, especialmente devido ao atraso da análise. Mesmo que a endometriose não seja uma patologia fatal, ela apodera-se a vida feminina e compromete aos setores por completo. A descoberta da patologia se torna um alívio, visto que junto com a explicação do motivo de suas dores, vem a notícia da não malignidade da doença⁽⁴⁾.

Os principais fatores para a endometriose são: menarca antecipada; ciclos menstruais curtos (menos de 27 dias) com fluxo prolongado (mais de 8 dias) e dor menstrual intensa. A incidência de endometriose é maior nas mulheres que retardam a gravidez ou nas mulheres com histórico familiar da doença. Pode haver toxinas ambientais que predispõem à endometriose, como a dioxina. Gestação e contraceptivos hormonais são protetores⁽⁵⁾.

O diagnóstico fundamenta-se no exame físico, na história clínica, exames laboratoriais como CA-125, e exames de imagem, dentre os quais a ressonância magnética da pelve, ecoendoscopia retal (ecocolonosopia), ultrassonografia pélvica e transvaginal com vias urinárias e com preparo intestinal, cistoscopia, etc⁽⁶⁾.

Dentre as variedades de tratamento estão inseridos o tratamento clínico, medicamentoso, cirúrgico, hormonal, entre outros. Este deve ser individualizado, levando em conta

a consequência da doença, em todo caso os sintomas da paciente com a medicação em relação a qualidade de vida⁽⁶⁾.

Diante do apresentado acima, o objetivo deste estudo é analisar os principais aspectos da endometriose com ênfase no diagnóstico e tratamento desta doença, por meio de uma revisão de literatura.

2 METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma revisão de literatura, realizada através de buscas nas bases de dados *Literatura Latino-Americana (LILACS)*, *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*, *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)*, Google Acadêmico e Google Livros entre outras bases.

Após a leitura de vários artigos foram selecionados artigos em português e espanhol, tendo como palavras chaves: endometriose, infertilidade, dor pélvica. A pesquisa ocorreu entre janeiro e março de 2018, abrangendo monografias, livros e revistas eletrônicas.

Para a seleção das obras foram utilizados os critérios de inclusão e exclusão, ou seja, foram incluídos os artigos publicados entre 2002 a 2017, compatíveis com o tema, com textos completos e disponíveis gratuitamente. E foram excluídas as obras que não obedeciam estes critérios ou repetidas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Endometriose

É identificada pela existência de tecido endometrial (mucosa que reveste o útero) distante da cavidade uterina, isto é, quando o endométrio, se desenvolve na parte externa do útero. O mesmo pode se fixar em diversas localidades na cavidade abdominal ou em pontos mais longes. Consegue se fixar nos ovários, intestino, nos ligamentos, peritônio, além de bexiga, sigmoide, reto e outras. Principais sintomas são: cólica menstrual, normalmente muito forte, sofrimento na relação sexual no momento em que o genital masculino (pênis) toca no final da vagina, ocorre alterações intestinais e urinárias que decorrem da menstruação. Além disso, pode causar infertilidade^(7,8).

A dispareunia (dor durante o ato sexual) é um sintoma bem associado com a endometriose, podendo nos apontar a existência de doença profunda, possivelmente acomete a região retrocervical ou ainda a fáscia reto-vaginal. Importante enfatizarmos que a doença acomete mulheres, a partir da primeira menstruação limitando-se a menopausa momento em que acabam as menstruações⁽⁹⁾.

A endometriose representa uma afecção ginecológica afetando de 5-10% das mulheres em idade reprodutiva, mesmo se considerado isoladamente a população de pacientes com dor pélvica, os números variam de 40 a 60%,

enquanto que entre os pacientes com endometriose sub-fertilidade atinge percentuais 20-40%. O pico de incidência é entre 30 e 45 anos de idade. Essa doença ocorre em todos os grupos étnicos, embora as asiáticas tem o risco mais aumentado. Não costuma ser encontrada nas mulheres que tiveram mais de um filho⁽¹⁰⁾.

Estudos mostram predominância de endometriose de 4,8% a 8,8% em irmãs que contém esta doença. Mesmo sem comprovação da maneira definida de transmissão, verificou-se que o risco genético pode ser mais certamente por causa de diversos genes. Numerosos estudos descobriram um risco elevado em três a nove vezes para irmãs e mães de mulheres com endometriose⁽⁹⁾.

Atualmente a infertilidade acomete cerca de 10% a 15% da população em idade reprodutiva, e um dos principais fatores que contribui para a incidência da infertilidade feminina, é a endometriose. Quando se avalia o binômio endometriose/infertilidade, os estudos sugerem que entre 25% e 50% das mulheres inférteis possuem endometriose e que 30% a 50% das mulheres com endometriose são inférteis. Numerosos mecanismos podem interferir na fertilidade de mulheres com endometriose e estes incluem alteração na foliculogênese, levando a uma disfunção ovulatória e piora na qualidade oocitária, bem como deficiência na fase lútea, redução na fertilização e anormalidades na embriogênese⁽¹¹⁾.

3.2 Classificações da endometriose

American Society for Reproductive Medicine (ASRM) é a classificação mais empregada, caracterizada pela dimensão, aparência e profundidade dos implantes presentes nos ovários e no peritônio; na presença de aderências, assim como seu tipo e tamanho; e no nível de bloqueio da fundura do saco⁽¹²⁾. Ela distribui a patologia em quatro esferas: o estágio I ou doença mínima possui focos endometrióticos isolados e sem aderências significantes, estágio II ou leve acontece lesões livres e dispersas, sem aderências significantes, implantes superficiais; estágio III ou moderada contém diversos implantes, superficiais e profundos com adesão periovariana e peritubária que podem ser evidentes; severa, existem muitos implantes superficiais e profundos, com ocorrência de membranas e aderências densas e existência de grandes endometriomas⁽¹³⁾.

Outra classificação muito usada divide-se a endometriose em três tipos: a peritoneal é definida pela existência de implantes na superfície do peritônio; a ovariana pela existência de implantes nos ovários e a apresentação de endometriomas e; a profunda é certa pela existência de implantes com profundidade acima de 5 mm e hiperplasia muscular abaixo de peritônio e fibrose⁽⁴⁾.

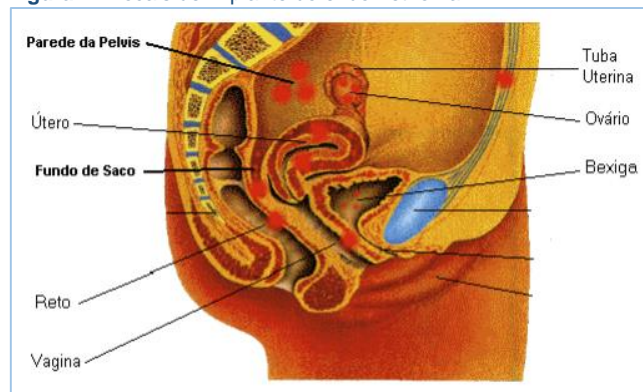
3.3 Localizações anatômicas

As lesões endometrióticas podem apresentar-se de duas formas: interna e externa. A interna é quando ocorre dentro do útero, mas está presente no tecido muscular deste órgão. Neste caso, recebe o nome de Adenomiose ou endometriose uterina. A externa ou extra-uterina é quando ocorre fora do útero. Os locais mais comuns da endometriose extra-uterina são: septo reto-vaginal (tecido entre a vagina e o reto), fundo de Saco de Douglas (atrás do útero), ovários, tubas uterinas, superfície do reto, bexiga, ligamentos do útero e parede da pélvis (**Figura 1**)⁽¹⁴⁾.

As lesões endometrióticas podem se apresentar sob os mais variados aspectos sendo definidas como típicas,

quando tem o aspecto tradicional de lesões escuras (com sangue no seu interior) ou atípicas (brancas, placas, "chama de vela", hipervascularização)⁽¹⁵⁾.

Figura 1 - Locais de implante do endometrioma.



Fonte: Kratka⁽¹⁵⁾.

3.4 Etiologia

A etiologia da endometriose é desconhecida. Várias teorias, envolvendo fatores anatômicos, imunes, hormonais e genéticos, foram postuladas.

Menstruação retrógrada. A teoria de Sampson propõe que a endometriose está associada com a menstruação retrógrada do tecido endometrial através das tubas de Falópio para a cavidade peritoneal. Essa teoria tem sido apoiada pelos seguintes fatos: a endometriose é com mais frequência encontrada nas porções dependentes da pelve; a incidência é mais alta nas mulheres com obstrução da saída do fluxo menstrual normal (p. ex., estenose cervical); é mais comum nas mulheres com ciclos menstruais mais curtos ou com duração mais longa do fluxo, dando mais oportunidade para a implantação endometrial⁽¹⁶⁾.

Fatores imunes: Dados crescentes propõe que os fatores imunes específicos nos locais dos implantes endometriais executam um excelente papel para determinar se uma paciente irá desenvolver a doença e em que extensão. Esses fatores parecem explicar a ligação e a proliferação das células endometrióticas⁽¹⁷⁾.

Disseminação iatrogênica: Normalmente, averigua-se endometriose em cicatrizes de cirurgias passadas, como abdominais ou partos. Baseado nesse acontecimento, Greenhill, em 1942, propôs a probabilidade de que fragmentos endometriais poderiam continuar no local, provocados pelo procedimento cirúrgico⁽¹⁵⁾.

Fatores hormonais: Diferentemente do tecido endometrial normal, os implantes endometrióticos podem produzir aromatase, levando à produção de estrogênio extraovariano. Isso pode explicar por que a endometriose pode recorrer nas mulheres que se submetem à histerectomia e à salpingo-ooforectomia bilateral. Prostaglandina E2 – um componente pró-inflamatório, parece se mostrar como um poderoso indutor da atividade da aromatase nos implantes endometrióticos⁽¹⁷⁾.

Fatores genéticos: Mulheres que possuem um familiar de primeiro grau com endometriose possuem um risco de seis a nove vezes maior de desenvolver endometriose. O modo de herança é possivelmente multifatorial⁽¹⁶⁾.

3.5 Diagnóstico

O diagnóstico é realizado por meio da existência dos sinais da doença, e acreditamos que o melhor marcador para endometriose é clínico: a Dismenorreia. Isso leva a um caminho mais apropriado ao trabalho dos ginecologistas, pois, com uma boa anamnese, e de achados no exame físico (especialmente no toque da vagina) e da frequência de lesões suspeitas nos exames de imagem, conseguirão presumir a doença ⁽¹⁸⁾.

Um dos desafios a ser atingido reporta-se à diminuição no tempo de análise da endometriose. Uma pesquisa brasileira relatou que o tempo gasto desde o começo dos sintomas até a análise foi, em média, 7,4 anos para as mulheres que possuíam dor pélvica e 4 anos para as aquelas com infertilidade ⁽¹⁹⁾.

Figura 2 - Órgãos reprodutores feminino/normal e acometido pela endometriose.



Fonte: Barbosa e Oliveira ⁽⁴⁾.

Os exames de imagem, ultrassonografia ou ressonância magnética vão comprovar e ampliar o diagnóstico da endometriose. Porém, o exame físico completo poderá detectar lesões menores, sem resultado nos exames de imagem (**Figura 2**). Os exames de imagem são indispensáveis para mostrar a extensão da doença e precisarão ser feitos depois da avaliação ginecológica para que o especialista consiga fazer uma apuração mais precisa e orientada ⁽¹⁸⁾.

3.5.1 Diagnóstico clínico

É bastante oscilatória a situação clínica da paciente com endometriose. A paciente pode ser assintomática ou apresentar manifestações como cólica severa, dor pélvica crônica, dispareunia profunda, fadiga crônica, sinais evacuatórios perimenstruais ou urinários e infertilidade. O exame ginecológico pode apresentar-se normal, porém a frequência de dor à movimentação do útero, crescimento do volume ovariano ou retroversão uterina é desconfiança da doença, apesar de que não seja específica. Os espessamentos dos ligamentos uterossacros, lesões violáceas ou as nodulações palpáveis no fórnice vaginal posterior na vagina são os indícios de sugestão de endometriose profunda infiltrativa ⁽³⁾.

3.5.2 Diagnóstico laboratorial

Muitos estudos foram feitos para descobrir os exames laboratoriais que possam ser utilizados para constatar a endometriose. Portanto sua sensibilidade não é suficiente, e

não permite que sejam empregados isoladamente no diagnóstico da patologia ⁽¹⁹⁾.

O exame CA 125: é um exame utilizado para realçar a suspeita de endometriose; entretanto, não é específico para esta doença e pontos anormais de poucos elementos podem ser indicados em certos estados fisiológicos (no decorrer da menstruação, por exemplo) ou em situações patológicas que não conferem à endometriose (câncer no ovário). É recomendado de que sua dosagem seja realizada desde o primeiro ao terceiro dia da fase menstrual e no décimo dia (época pós-menstrual) ⁽²⁰⁾.

Outro exame laboratorial é a *Proteína Amióide A Sérica* (SAA) que é definida como uma proteína de ciclo agudo inflamatório, que consegue permanecer amplamente em pacientes com endometriose avançada, maior elevação também é averiguada durante o período menstrual ⁽²⁰⁾.

3.5.3 Diagnóstico por imagem

Os exames de imagem são mais indicados para detectar a provável presença da doença, que será confirmada por meio de exames de imagens e laboratoriais. Dentre os exames de imagem que conseguem determinar a patologia, evidenciam-se a seguir ⁽¹⁹⁾.

Ultrassonografia transvaginal (USTV) – é capaz de identificar lesões nas junções reto e retossigmoide e tipos de endometriose ovariana. Esse exame é mais usado para o diagnóstico da endometriose, por ser mais acessível e barato. Portanto, nem sempre esse procedimento é eficiente para o ginecologista realizar uma conduta verídica, porque a ultrassonografia tem algumas limitações, pois a mesma não consegue averiguar rigorosamente a região da pelve e o espaço subperitonial, o que dificulta o diagnóstico adequado da endometriose ⁽²¹⁾.

Retossigmoidoscopia e Citoscopia – é capaz de conduzir a análise indireta de lesões de endometriose. Outro exame é a Colposcopia que auxilia no diagnóstico da endometriose cervical ou vaginal. Além desses, existe o exame Histerossalpingografia é utilizado na análise da endometriose, no momento que indica estrias terminais, retenção peri-tubo-ovárica de contraste, pinçamentos de luz tubária, loja ovariana atípica, presença de divertículos e pólipos, alterações de imagens intra-tubáricas, alterações das pregas tubáricas, quaisquer capazes de situações na endometriose ⁽²⁰⁾.

Ressonância magnética – identifica lesões nos ligamentos retrocervicais e uterossacrais e no ureter, averiguando sua extensão e infiltração. Esse exame é considerado um excelente método para diagnóstico de endometriose da pelve, devido a sua habilidade em conseguir imagens de variados planos de diferentes locais da cavidade pélvica e por ter ótima caracterização tecidual. No entanto, devem-se empregar esse exame mais a ultrassonografia em casos de desconfiança da endometriose, porque esse tipo de patologia pode ficar infiltrada em variados locais do organismo ⁽²¹⁾.

Laparoscopia: Diagnóstico e tratamento da endometriose. A técnica utilizada e por meio de pequenos riscos na barriga, e a inserção de instrumentos telescópicos para se visualizar, e se precisar, para remoção das lesões. Ela é mais propícia que a Laparotomia, porque tem um pequeno tempo de internação, recuperação e anestesia, além de possibilitar uma melhor visualização dos focos da patologia. Laparotomia é tido como mais invasivo em relação a Laparoscopia ⁽¹⁾.

3.6 Tratamento

Todavia, como a endometriose é considerada crônica, deve-se ter em consideração na hora de indicar uma medicação não apenas a eficácia, como também a tolerabilidade e segurança em tratamentos muito extensos. Não há um tratamento ideal para todas as pacientes e o manejo depende dos sintomas, da idade e desejo reprodutivo no futuro e no momento em curto e em longo prazo. O objetivo dos tratamentos é amenizar as lesões endometrióticas, diminuir a dor e outros sinais, e aprimorar a qualidade de vida das mulheres atingidas ⁽²²⁾.

3.6.1 Tratamento clínico

Esse tratamento é recomendado para pacientes sintomáticas, que não possuem vontade de ter filhos e aquelas que não alcançaram a redução da dor após tratamento cirúrgico. O objetivo desse tratamento é proporcionar a diminuição da dor causada pela endometriose, além de colaborar na prevenção ou prolongar o desenvolvimento da patologia. Para a redução da dor podem ser prescritos medicamentos anti-inflamatórios não hormonais, analgésicos e alguns tratamentos clínicos complementares como: acupuntura, exercícios físicos, mudanças de estilo de vida, acompanhamento psicológico e fisioterapia ⁽²³⁾.

3.6.2 Tratamento farmacológico

A terapêutica medicamentosa principal consiste na utilização de anti-inflamatórios não esteroides (AINE) perimenstrual, agregado a um anticoncepcional oral (ACO), diário. Com tratamento bem desenvolvido: análogos gonadotrofinas (GnRH- intramuscular ou subcutâneo uma vez por mês) que age inibindo a secreção de gonadotrofinas, causando efeito hipostrogênico e atrofia os focos da doença, melhorando a dor pélvica. Não pode ser utilizado por mais de seis meses consecutivos ⁽²⁴⁾.

Uma nova opção terapêutica foi inserida neste ramo de tratamento. O Dienogest é um novo progestágeno habilitado há pouco tempo em vários países da Europa, em alguns países latino-americanos e Japão, como medicação da endometriose na porção de 2 mg/dia por via oral. O Dienogest diminui as lesões da endometriose, visto que produz um ambiente progestogênico contínuo com diminuição moderada dos estrogênios circulantes, contudo não gerando hipostrogenismo, sem atividade significativa mineralocorticoide, androgênica ou glicocorticoide devido à união essencial ao receptor ⁽²²⁾.

O Progestagênio também pode ser indicado na segunda fase do ciclo menstrual, em injeção intramuscular trimestral ou em forma de depósito de liberação lenta subcutânea ou em dispositivo intrauterino, sendo eficaz na redução da sintomatologia algica. Ou ainda pode ser utilizado o Gestrinona, que é um esteroide derivado da 19-nortestosterona, inicialmente desenvolvida como método anticoncepcional, com efeitos androgênico, progestagênico e antiestrogênico. Seu efeito clínico é conseguido pela supressão da ovulação, que resulta em oligo ou amenorreia, reduzindo os implantes endometrióticos ⁽²⁴⁾.

O uso da medicação é alicerçado devido a endometriose referir-se a hormônios que atrofiam o endométrio e impedem a menstruação, como os contraceptivos orais combinados e os progestágenos, e também os análogos do GnRH que possibilitam a supressão do estrogênio endógeno. O

benefício da utilização de contraceptivos orais combinados é o emprego por tempo indeterminado e, por consequência ao caráter crônico da doença, tratamentos em longo prazo precisam ser considerados. As terapias hoje têm como finalidade: aumentar a chance de gestação, diminuir a dor e retardar a recorrência ⁽⁶⁾.

Algumas mulheres que não optam em ter filhos e que possuem nível pequeno da patologia e dos sinais podem escolher por realizar somente exames constantes uma ou duas vezes por ano, afim de que o médico averigue se a patologia não está piorando ⁽⁸⁾.

3.6.3 Tratamento cirúrgico

O procedimento cirúrgico engloba desde métodos de menor complexidade, como liberação de aderências velamentosas, cauterização de focos superficiais, até intervenções complicadas nos ovários, bexiga, intestino, ureteres e fundo de saco de Douglas, requisitando, em alguns casos, uma equipe multidisciplinar ⁽³⁾.

A cirurgia é uma alternativa para as mulheres que possuem dor abundante que não reduz com o tratamento hormonal ou que pretendem engravidar em breve ou no futuro. Uma laparoscopia ou laparotomia pélvica é realizada para descobrir a endometriose e destruir ou remover todos os tecidos associados a patologia e o tecido cicatricial (aderências) ⁽⁸⁾.

As mulheres que possuem essa patologia com manifestações graves e não tem mais vontade de ter filhos no futuro podem realizar a cirurgia para a remoção do útero (histerectomia) assim como a retirada de um ou dois ovários, além das tubas uterinas. Uma em cada três mulheres que não tiraram os dois ovários durante a histerectomia manifestará os sinais outra vez e necessitará de cirurgia mais tarde para removê-los. Os objetivos desse procedimento são: remover completamente os implantes endometriais e aderências dos órgãos incluídos e recompor a anatomia regular da pelve ⁽²⁵⁾.

3.6.4 Tratamentos de reprodução assistida

Os tratamentos de reprodução assistida-fertilização in vitro e inseminação intrauterina - podem ser indicados para pacientes com endometriose e infertilidade, levando-se em conta o nível da patologia, o tempo de infertilidade, a idade, o envolvimento das trompas e a existência de outros fatores relacionados ⁽¹⁹⁾.

A inseminação intrauterina com indução da ovulação é um procedimento para os casos de endometriose leve ou mínima. Pacientes acima de 35 anos podem partir prontamente para fertilização in vitro (FIV). A medicação deve ser ofertada por até seis ciclos. A FIV é um procedimento adequado para os casos de endometriose grau 3 ou 4 com comprometimento tubário, se os tratamentos prévios falharam ou se houver fator masculino associado ⁽³⁾.

3.6.5 Tratamento hormonal

O Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel (SIU-Lng), Mirena, foi produzido na Finlândia em 1990. Igualmente chamado de endoceptivo, visto que consiste nos efeitos locais da liberação de pequenas dosagens de um progestágeno, o levonorgestrel (Lng) na parte interna da cavidade uterina. É conhecido também de "DIU Hormonal", visto que consegue associar os benefícios dos DIUs (ação intrauterina, única aplicação e longa duração) em relação às

dos contraceptivos hormonais (alta eficácia e reversibilidade). Diferentemente acontece com os contraceptivos orais, da qual eficácia pode ser comprometida pelo emprego inadequado do método, a eficácia do SIU-Lng não sofre interferência da aderência ao tratamento em relação à usuária ⁽²⁶⁾.

Ensinaamentos clínicos recomendam que as concentrações tenham duração por até 78-84 meses após a introdução do endoceptivo. Porém, só é aprovado para utilizar cinco anos. É um contraceptivo muito confiável, com regulação da fertilidade, possui também as vantagens em ser de utilização simples, cômodo e reversível. Ocasionalmente também, progresso da dismenorreia e uma redução considerável tanto da duração, como da quantidade do sangramento menstrual ⁽²⁷⁾.

Consequentemente, também útil em várias situações patológicas, como nas diversas causas de menorragia, em ginecopatias como a miomatose, a adenomiose, e a endometriose ⁽²⁶⁾.

Os equipamentos intra-uterinos liberadores de hormônios contêm efeitos locais e hormonais, e são usados na medicação da endometriose por eliminar a síntese de estrogênio, bloqueando a fase de estimulação e sangramento endometrial ou guiando a atrofia dos implantes endometriais ectópicos ⁽²⁷⁾.

Os contraceptivos orais com baixa dose de estrogênios e progestinas de alta potência são preferidos e podem ser administrados como regimes cíclicos ou contínuos sem intervalos a cada mês. Os contraceptivos orais podem ser continuados por longo período como terapia de manutenção em mulheres saudáveis ⁽⁶⁾.

3.6.6 Terapias alternativas

a. Acupuntura - ainda são escassas as pesquisas que esmiúçam a eficácia da técnica medicinal chinesa em mulheres com dor pélvica e endometriose. Quando existentes, a maioria são publicada em periódicos de outros países, de idioma distinto, dificultando o estudo e compreensão. No entanto, diversas evidências demonstram que a acupuntura pode contribuir no tratamento deste grupo de pacientes ⁽²⁸⁾;

b. Eletroterapia - Os exercícios usados para a medicação da endometriose é todos aqueles que podem inserir a área pélvica; empregando os movimentos inclinação pélvica anterior e posterior, inclinações laterais e as rotações para frente e para trás, pois os movimentos pélvicos notadamente possibilitam irrigações sanguíneas nesta área, bem como massagem os órgãos interno ⁽¹⁾;

c. Fisioterapia - são empregadas técnicas de eletroestimulação e/ou terapias manuais, com obtenção de resultados positivos e melhora da dismenorreia e na dor, embora os reflexos ainda não foram analisados de forma adequada em casos específicos de endometriose, sabe-se que são meios paliativos e não de tratamento ⁽²⁸⁾;

d. Sugestões alimentares - é possível que os altos níveis de estrogênio possam "estimular o crescimento de implantes endométricos." Pela escolha de alimentos e suplementos alimentares que reduzem os níveis de estrogênio, é possível se alcançar o sucesso no tratamento da endometriose. Eis algumas de suas sugestões:

✓ Consumir grãos integrais ricos em vitaminas E e complexo B, que podem ajudar a reduzir os níveis de estrogênio. Além disso, as fibras desses grãos irão absorver o excesso de estrogênio e removê-lo do corpo;

✓ Consumir alimentos ricos em cálcio e magnésio para aliviar as cólicas e as contrações musculares;

✓ Comer frutas e verduras ricas em vitamina C, "fortalece os vasos capilares, o que ajuda a reduzir o sangramento menstrual intenso." Comer mais frutas também ajuda a aliviar as cólicas resultantes da endometriose.

Adicionar grãos de soja à alimentação. Esses legumes ajudam a reduzir os níveis de estrogênio e também fornecem grandes quantidades de bioflavonóides, que podem reduzir a intensidade do sangramento ⁽²⁹⁾.

3.7 Atenção farmacêutica na endometriose

A atenção farmacêutica é uma definição de prática profissional na qual o paciente é o mais favorecido com os serviços do farmacêutico. O Código de Ética Farmacêutico Brasileiro determina que o farmacêutico deve agir em favor da saúde do paciente e informando-os sobre todas as dúvidas. Esse profissional atende o paciente e o orienta sobre a farmacoterapia determinada pelo médico, através da avaliação das suas necessidades associadas aos medicamentos, além disso, identifica problemas sobre os medicamentos ⁽³⁰⁾.

Apesar de todas as informações sobre esta patologia, ainda não surgiu um procedimento ideal sem reaparecimento da doença e dos sintomas. Muitas mulheres reclamam de dor ou de perda da fertilidade mesmo após terem realizado várias intervenções. Por isso, o farmacêutico deve orientar as pacientes com endometriose sobre as probabilidades de falhas no tratamento, sobretudo acompanhar a terapia e, ao identificar a falta de eficácia dos fármacos, conduzir a paciente ao serviço especializado para modificações no tratamento ⁽³¹⁾.

No entanto, é fundamental que os farmacêuticos realizem uma anamnese correta para averiguar a probabilidade de a paciente estar com endometriose e não outra patologia. O farmacêutico possui participação importante em diversos fatores quando se trata em colaborar no diagnóstico, acompanhar a terapia, especialmente nos contraceptivos orais combinados e modificações no estilo de vida. Além disso, deve realizar as orientações fundamentais para as portadoras da doença sobre dieta adequada à base de comidas naturais e fibras, líquidos e a redução de produtos industrializados e carne vermelha em demasia ⁽³²⁾.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A endometriose é considerada uma patologia enigmática, que merece atenção dos profissionais de saúde, assim como o conhecimento da população. Uma vez que, é uma doença de diagnóstico difícil, sem cura e mesmo não sendo considerada maligna, gera graves danos à vida da mulher.

A terapia hormonal e a laparoscopia pélvica não a curam a doença, mas podem amenizar as manifestações de modo parcial ou completo nas pacientes. Em algumas circunstâncias a doença pode voltar mesmo com a histerectomia. Essa patologia, é capaz de provocar infertilidade, mas não em todas as mulheres, especialmente se for leve. A cirurgia laparoscópica pode favorecer para aumentar a fertilidade e a chance de sucesso dependendo da gravidade da endometriose. As pílulas anticoncepcionais conseguem colaborar para impedir ou retardar a evolução da doença.

O nosso papel como farmacêutico é orientar as pacientes, para que procurem um ginecologista para diagnóstico correto e caso diagnosticado, esclarecer as

dúvidas sobre o tratamento e os medicamentos, desde cumprir a posologia adequada, o tempo determinado e os intervalos apropriados, interações medicamentosas, efeitos colaterais, a importância de seguir o tratamento de modo correto e reforçar informações para desfazer mitos e possíveis medos. Também incentivar a comunicação da paciente com os outros membros da equipe visando um acompanhamento multiprofissional.

Em razão da prevalência aumentada de endometriose em mulheres com idade fértil, o farmacêutico possui um

importante papel em todos os estágios da patologia. Compete a este profissional determinar os sintomas, mesmo que inespecíficos, e conduzir a paciente para um serviço médico especializado. Após o diagnóstico, o farmacêutico deve informar a paciente com endometriose sobre o tratamento farmacológico, como também elaborar estratégias que elevem a adesão da portadora à terapia assim como determinar falhas no tratamento adotado.

REFERÊNCIAS

1- Nascimento LZR, Kraievski ES. Endometriose: fisioterapia e a doença. Rev Conexão Eletrônica 2017; 14 (1): 154-163. [citado 10 de janeiro de 2018]. Disponível em: <http://www.aems.edu.br/conexao/edicaoatual/Sumario/downloads/2017/1.%20Ci%C3%A7%C3%A9ncias%20da%20Sa%C3%BAde/16%20ENDOMETRIOSE%20%20Fisioterapia%20e%20a%20Doen%C3%A7a.pdf>.

2- Nnoaham, KE, Hummelshoj L, Webster P, Hooghe T, Cicco NF, Cicco NC, Jenkinson C, Kennedy SH, Zondervan KT. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. Fertil Steril 2011; 96 (2): 366-373. [citado 10 de janeiro de 2018]. Disponível em: [http://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(11\)00876-4.pdf](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282(11)00876-4.pdf).

3- Nácun AP, SPRITZER PM. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. Rev Bras Ginecol Obst 2010; 32 (6): 298-307. [citado 10 de janeiro de 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032010000600008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

4- Barbosa DAS, Oliveira AM. Endometriose e seu impacto na fertilidade feminina. Rev Acadêm Inst Ciênc Saúde 2015; 1 (1):43-56. [citado 11 de janeiro de 2018]. Disponível em: <http://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaCS/article/view/116/95>.

5- Doherty GM. Cirurgia: Diagnóstico e Tratamento. 14. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. [citado 11 de janeiro de 2018]. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=Fz2KDgAAQBAJ&pg=PT3241&dq=etiologia+da+endometriose&hl=pt-BR&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=etiologia%20da%20endometriose&f=false.

6-Monteiro NF, Tambellini SRM, Santos ALF. Como diagnosticar e tratar a endometriose. RBM 2011; 69 (½):5-8. [citado 12 de janeiro de 2018]. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4956.

7- Crosera A MLV, Vieira CHF, Samama M, Martinhago CD, Ueno J. Tratamento da endometriose associada à infertilidade - revisão da literatura. Rev Femina 2010; 38 (5):251-256. [citado 12 de janeiro de 2018]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a005.pdf>.

8- Mendes EO, Queiroz IA, Rigonati MS, Trindade VL, Garbelini MC. Endometriose. Rev Fac Santa Cruz 2013; 9 (1): 17-22. [citado 16 de janeiro de 2018]. Disponível em: <http://www.santacruz.br/v4/download/revista-academica/16/08-endometrios.pdf>.

9- Belleli P, Dias Junior JA, Podgaec S, Gonzales M, Baracat EC, Abrão MS. Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica – uma série de casos. Rev Assoc Méd Bras 2010; 56 (4): 467-471. [citado 16 de janeiro de 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n4/22.pdf>.

10- Orshan SA. Enfermagem na Saúde das Mulheres, das Mães e dos Recém-Nascidos: o cuidado ao longo da vida. São Paulo: Artmed, 2010. [citado 18 de janeiro de 2018]. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=NStADQAAQBAJ&pg=PA183&dq=etiologia+da+endometriose&hl=pt-BR&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=etiologia%20da%20endometriose&f=false.

11- Podgaec S. Endometriose. 1.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. 279p. [citado 18 de janeiro de 2018]. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=Yd12BgAAQBAJ&pg=PA83&dq=infertilidade+por+causa+da+endometriose&hl=pt-BR&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=infertilidade%20por%20causa%20da%20endometriose&f=false.

12- Bassi MA, Podgaec S, Dias Júnior JA, Sobrado CW; Amico Filho N Abrão MS. Endometriose intestinal: uma doença benigna? Rev Assoc Med Bras 2009; 55(5). [citado 22 de janeiro de 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n5/29.pdf>.

13- Cacciatori FA, Medeiros JPF. Endometriose: uma revisão da literatura. Rev Inic Cient 2015; 13 (1):56-66. [citado 22 de janeiro de 2018]. Disponível em: periodicos.unesc.net/iniciacao_cientifica/article/download/2687/2495.

14-Zimbardi D. Investigação do perfil de metilação de genes candidatos a biomarcadores na endometriose. [tese]. Botucatu/SP: Universidade Estadual Paulista, 2014. [citado 23 de janeiro de 2018]. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/124006/000828456.pdf?sequence=1>.

15- Kratka PC. O enigma da endometriose. [monografia]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, 2002. [citado 28 de janeiro de 2018]. Disponível em: <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2496/2/9863817.pdf>.

16- Coelho AP. Endometriose 200_. [citado 28 de janeiro de 2018]. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_17.pdf.

17- Hurter KJ, Gulle MW, Blenstock JL, Fox HE, Wallach EE. Manual de Ginecologia e Obstetrícia do Johns Hopkins. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. [citado 02 de fevereiro de 2018]. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=kQOpDAAAQBAJ&pg=PA504&dq=etiologia+da+endometriose&hl=pt-BR&sa=X&redir_esc=

y#v= onepage &q = etiologia% 20da% 20endometriose&f=false.

18- Lasmar, RB, Lasmar BP. Endometriose: o que nos leva a suspeitar da doença e quando indicar cirurgia para a paciente com endometriose? *Rev Femina* 2015; 43 (3):93-95. [citado 02 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n3/a5112.pdf>.

19- Marqui ABT. Endometriose: do diagnóstico ao tratamento. *Rev Enferm Atenção Saúde* 2014; 3 (2):97-105. [citado 03 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Endometriose-dodiagn%C3%B3stico-ao-tratamento.pdf>.

20- Santos AB, Martins AM, Barbosa FJS. Endometriose nos seus diagnósticos diferenciados: ultrassonografia e ressonância magnética. [monografia] Belém: Faculdade Integradas Ipiranga, 2013. [citado 03 de fevereiro de 2018]. Disponível em: http://www.lpirangaeducacional.com.br/banco_arquivo/TCC%20BIBLIOTECA/piranga_educacional9813977f973.pdf.

21- Santos LA, Emídio R, Roversi FM. Diagnóstico por imagem em endometriose: comparação entre ressonância magnética e ultrassonografia. 2015. [citado 06 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <http://lyceumonline.usf.edu.br/salavirtual/documentos/2768.pdf>.

22- Bahamondes L, Camargos AF. Dienogest: Uma nova opção terapêutica em endometriose. *Rev Femina* 2012; 40 (3): 155-159. [citado 06 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n3/a3263.pdf>.

23- Fagundes PZ, Bellelis P, Podgaec S. Contracepção hormonal e sexualidade- endometriose. *RBM* 2012; 69 (1):14-18. [citado 13 de fevereiro de 2018]. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?Fase=003&id_materia=5268.

24- LOPES, Antônio Carlos. Diagnóstico e tratamento. v.3. Barueri, SP: Manole, 2007. [citado 18 de fevereiro de 2018]. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=Kl4IcyKdGsAC&pg=PA518&dq=preven%C3%A7%C3%A3o+da+endometriose&hl=ptBR&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=preven%C3%A7%C3%A3o%20da%20endometriose&f=false.

25- Batista APC, Conceição APM, Moraes EF, Teixeira AAC, Teixeira VW. Histological evaluation of the induced endometriosis in rats, after treatment with dexamethasone. *Int J Morphol* 2006; 24 (4):565-570. [citado 18 de fevereiro de

2018]. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022006000500008.

26- Moreira Juliana. Perfil das usuárias do sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (siu-Ing) e aceitabilidade do método em Florianópolis (SC). [monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2004. [citado 22 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/117955/204858.pdf?sequence=1>.

27- Oliveira MV, Lima APB, Conforti DB, Bittencourt LK, Oliveira MRM, Angelo VT. Benefícios não contraceptivos do Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel na endometriose. *Rev UNILUS Ens Pesq* 2015; 12 (2): 42-48. [citado 22 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/383/u2015v12n27e383>.

28- Melo NR. Manual de Orientação Endometriose. 2010. [citado 24 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/ENDOMETRIOSE%20-%20FEBRASGO%202010.pdf>.

29- Sparrowe L. Yoga para a saúde do ciclo menstrual. São Paulo: Pensamento, 2006. [citado 24 de fevereiro de 2018]. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=z72810H02xgC&pg=PA85&dq=endometriose&hl=ptBR&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=endometriose&f=false.

30- Oliveira AB, Oyakawa CN, Miguel, MD, Zanin SMW, Montrucchio DP. Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. *Rev Bras Ciênc Farmac* 2015; 41 (4):409-413 [citado 26 de fevereiro de 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322005000400002.

31- Lorençatto C, Vieira MJN, Marques A, Pinto CLB, Petta CA. Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo. *Rev Assoc Méd Bras*, 2007; 53(5). [citado 02 de março de 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n5/a20v53n5.pdf>.

32- Silva, IDC, Hermoso PV, Nakatani CH, Ramos ERP. Aspectos fisiopatológicos, diagnósticos e terapêuticos da endometriose na atenção farmacêutica: um estudo de revisão. *Ver Saúde Pesq* 2013; 6(1): 99-108. [citado 04 de março de 2018]. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/viewFile/2415/1851>.

Como citar (Vancouver)

Amaral PP, Alves TP, Yamagishi JÁ, Terra Júnior AT, Cardoso Júnior CDA. Aspectos diagnósticos e terapêuticos da endometriose. *Rev Cient Fac Educ e Meio Ambiente* [Internet]. 2018;9(ed esp): 526-533 doi: <https://doi.org/10.31072/rcf.v9iedesp.583>