

ENDOMETRIOSE E SEU IMPACTO NA FERTILIDADE FEMININA.

Delzuite Alves de Sousa Barbosa¹
Me. Andréa Mara de Oliveira²

RESUMO: Caracterizada como a presença de tecido endometrial fora do útero, que provoca reação inflamatória crônica no local onde se instala, a endometriose tem se apresentado de forma enigmática, causando sérios prejuízos à vida da mulher acometida pela mesma, muitas vezes de forma irreversível. É uma doença estrogênio dependente ocorrendo, prioritariamente, no período reprodutivo da mulher, benigna, sem cura, etiopatogenia ainda incerta, difícil diagnóstico, sintomatologia variada, intimamente ligada à infertilidade feminina, que exige um tratamento individualizado no sentido de conter sua progressão. Este estudo tem como objetivo estudar e reunir informações sobre os diversos aspectos da endometriose, bem como sua relação com a infertilidade feminina. Isto poderá, futuramente, contribuir no sentido de facilitar buscas por informações e esclarecer dúvidas relacionadas ao assunto abordado. Este trabalho foi realizado por meio de uma pesquisa bibliográfica, através do método exploratório, de forma quantitativa e qualitativa. O estudo e a informação podem ampliar os conhecimentos sobre a doença favorecendo na redução do tempo de diagnóstico, antecipando o início do tratamento e, conseqüentemente, reduzindo os transtornos que a doença pode causar às suas portadoras.

Palavras-chave: Endometriose. Dor pélvica. Infertilidade. Tratamento.

ENDOMETRIOSIS AND ITS IMPACT ON FERTILITY FEMALE.

ABSTRACT: Characterized as the presence of endometrial tissue outside the uterus, causing chronic inflammation where settles. Endometriosis has been presented so enigmatic, causing serious damage to the lives of women affected by the same, often irreversibly. It is an estrogen-dependent disease occurring primarily in the reproductive period of women, benign, uncured etiology still uncertain, difficult diagnosis, symptoms varied, closely linked to female infertility, which requires an individualized approach to contain its progression. This study aims to study and gather information about the various aspects of endometriosis and its relationship to female infertility. This may in the future help to facilitate searches for information and questions regarding the subject matter covered. This work was conducted through a literature search, through the exploratory method of quantitatively and qualitatively. The study and information can increase knowledge about the disease favoring the reduction of the time of diagnosis, anticipating the start of treatment and thus reducing the inconvenience that may cause the disease to their carriers.

Keywords: Endometriosis. Pelvic pain. Infertility. Treatment.

¹ Aluna de Graduação do Curso de Ciências Biológicas, UEG - deusae@hotmail.com

² Professora Orientadora do Curso de Graduação Ciências Biológicas, UEG, Professora Formadora Curso Ciências Biológicas, EaD, UEG; Professora da Faculdade Alfredo Nasser. Graduada em Ciências Biológicas e Mestre em Ciências Biológicas pela UFG. andreamara@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A mulher contemporânea tem conduzido de forma diferente a sua vida, priorizando a princípio a sua formação profissional, e deixando para formar família depois de adquirir estabilidade financeira. O número de filhos também tem reduzido. Esse adiamento da maternidade juntamente com a redução de gestações, faz com que as mulheres tenham um maior número de ciclos menstruais. Diante deste quadro e associado a vários outros fatores, começou a se falar muito em endometriose, conhecida como a doença da mulher moderna. Essa doença, que é de difícil diagnóstico, tem sido umas das principais causas de infertilidade feminina (VILA, 2007; OLMOS, 2003; VILASBOAS, 2008).

Segundo a Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia, “a endometriose é definida como a presença de tecido do endométrio fora do útero, o que induz uma reação inflamatória crônica, condição esta predominantemente encontrada em mulheres em idade reprodutiva” (ESHRE, 2007). Foi descrita pela primeira vez em 1860, por Rokitansky (BASSI, 2011). É estimado, aproximadamente, que de 10 a 15% das mulheres em idade reprodutiva e 50% das mulheres com problemas de fertilidade tenham endometriose (BIANCO et al., 2011).

As causas da endometriose ainda não estão bem estabelecidas (NÁCUL E SPRITZER, 2010). Mas, segundo Vilasboas (2008), um fator relevante é o número de menstruações. Pois hoje, a mulher menstrua em média 400 vezes na vida, enquanto no início do século anterior menstruava apenas 40 vezes. Isso se deve a fatos como: a primeira menarca ocorrer mais tarde, a gravidez ocorrer mais cedo, maior número de filhos e longos períodos de amamentação. Isso explica o porquê da endometriose ser considerada uma doença da mulher moderna, pois ela é uma doença estrogênio-dependente, estando relacionada com o grande número de ciclos menstruais, e pela redução ou ausência da ação da progesterona durante a gravidez e amamentação, que poderia simplesmente secar eventuais focos iniciais da endometriose, evitando assim o progresso da doença (BELLELIS et al., 2010; OLMOS, 2003).

Conforme Crosera et al. (2010), a forma que a endometriose causa a infertilidade ainda é incerta. Já que no estágio mais avançado da doença, “a distorção da anatomia pélvica, aderências e oclusão tubária, apresentam óbvia relação causal com a infertilidade”. Porém a maioria das mulheres apresenta endometriose mínima e/ou moderada, sem evidência dos problemas citados.

Os objetivos deste artigo foram de estudar, através de literaturas existentes, e descrever aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose, sua relação e possíveis causas da infertilidade

nas mulheres acometidas por esta patologia. Esta reunião de dados poderá contribuir em pesquisas futuras, facilitando a busca por informações e esclarecendo dúvidas relacionadas ao assunto abordado.

2. METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado por meio de uma pesquisa bibliográfica, consistindo numa busca em meios eletrônicos e biblioteca estadual, o que resultou na reunião de artigos, livros, dissertações, teses e sites que apresentavam importantes informações do tema abordado. A pesquisa foi realizada através do método exploratório, de forma quantitativa e qualitativa, buscando por dados que fossem relevantes ao tema endometriose, como: conceito, diagnóstico, epidemiologia, etiopatogenia, sintomatologia, tratamento e seu impacto na fertilidade feminina. Esta reunião de dados, feita através da pesquisa bibliográfica, possibilita uma melhor compreensão e aprofundamento no tema em questão.

Durante a pesquisa foi colhido um total de quarenta e três referências, entre livros, artigos, monografias, dissertações, teses e manuais de orientação quanto à endometriose. No entanto, foram utilizadas apenas trinta e cinco referências, devido alguns fugirem da proposta do trabalho, seja pelo fato do trabalho ser de aprofundamento em apenas um tipo de endometriose, ou por ter uma linguagem muito técnica, tornando-se de difícil compreensão.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A endometriose é uma doença benigna, bastante estudada nos últimos tempos, principalmente devido o seu aspecto enigmático. Os estudos abordam diversas questões como: sua etiologia, patogenia, diagnóstico, tratamentos mais eficazes, sua relação com a infertilidade feminina, bem como as questões psicossociais (MENDONÇA, 1998; MATTA; MULLER, 2006; VILA, 2007).

Conforme a maioria dos estudos, a endometriose foi relatada pela primeira vez em 1860, por Carl Von Rokitansky, na Alemanha, que enquanto analisava material de necropsia, percebeu a presença de tecido ectópico semelhante ao do endométrio. Porém, o termo endometriose só foi introduzido em 1927, por Sampson, caracterizando-a como presença de tecido semelhante ao do endométrio, histologicamente e funcionalmente, fora do útero (ARRUDA, 2002; ABRÃO et al., 2009; MACHADO et al., 2001). Segundo Halbe (1987), a endometriose se caracteriza com um

duplo critério, anatômico e funcional, pois não basta que o tecido do endométrio esteja instalado fora do útero, é necessário que ele responda aos hormônios ovarianos.

A endometriose é uma importante causa de dor pélvica e infertilidade feminina, levando ao desgaste físico e mental, comprometendo seriamente a qualidade de vida das pacientes, principalmente devido ao atraso do diagnóstico (KAMERGORODSKY et al., 2007; VILA; VANDENBERGHE; SILVEIRA, 2010). Conforme Matta e Muller (2006), para as pacientes acometidas por esta doença, conviver com a endometriose antes do diagnóstico “é confrontar com limites pessoais provocadas pela dor cíclica ou aguda”. A descoberta da doença se torna um alívio, pois junto com a explicação do motivo de suas dores, vem a informação da não malignidade da doença. Apesar, que embora a endometriose não seja uma doença fatal, ela invade a vida da mulher e compromete todos os setores.

3.1 Epidemiologia

Por ser uma doença estrogênio dependente, ocorre predominantemente no período reprodutivo da mulher, sendo raros os casos fora deste período. Entretanto, já foi descrito casos em ampla faixa etária, desde 10,5 anos até 80 anos, sendo que a idade média é 32 anos (ARRUDA, 2002; SEPULCRI; AMARAL, 2007; FEBRASGO, 2010; VISCOMI et al., 2002).

A endometriose tem uma incidência que varia de 20 a 30% das ginecopatias (HALBE, 1987). Estudos indicam que de 10 a 15% das mulheres em idade reprodutiva estejam acometidas por esta doença e, de 6 a 22% se tiverem sido submetidas à ligadura tubária. Nas assintomáticas, a incidência é de 1 a 2%. As mulheres com dor pélvica crônica é de 15 a 80%. Nas mulheres avaliadas por infertilidade é de 10 a 25%, podendo chegar a 70% nos casos associados a dor pélvica crônica (FEBRASGO, 2010; MOURA et al., 1999; FRANKFURT et al., 2009). Entre as adolescentes pós-menarca, estima-se valores entre 4 a 17% acometidas pela endometriose, podendo aumentar a incidência conforme a idade (SEPULCRI; AMARAL, 2007). Segundo o Instituto Paulista de Ginecologia e Obstetrícia (IPGO, 2013), acredita-se que, no Brasil, existam de 3,5 à 5 milhões de mulheres com endometriose, já no mundo pode chegar aos 60 milhões.

Com relação ao grau de instrução, pesquisas indicam haver maior ocorrência em mulheres com maior grau de instrução, 30% com nível médio e 27% com nível superior. Com relação à raça não há conclusão que seja um fator de risco para a endometriose, pois não foi observado diferença na incidência nas diversas raças. Esse fato pode está associado a fatores como: acesso ao sistema de saúde e às diferenças culturais. Inclusive estes fatores também podem influenciar nos valores encontrados no grau de instrução. O estado civil é outro fator discutível, pois

como a endometriose esta associada à infertilidade existe uma procura maior de mulheres com união estável por serviços médicos, dados indicam cerca de 64,75% (FEBRASGO, 2010).

3.2 Etiopatogenia

Desde a década de 20, com Sampson, tem se discutido muito a origem da endometriose. Diversas teorias tentam explicar o seu surgimento. As principais são: Teoria da menstruação retrógrada; Teoria da metaplasia celômica e a Teoria do transporte linfático ou vascular de células endometriais (HALBE, 1987; BEREK, 2008; MOTTA; WANDERLEY, 1997; FREITAS et al., 2011).

A Teoria menstruação retrógrada foi proposta por Sampson em 1927. Esta ainda é a mais conhecida e aceita. Conforme esta teoria, durante a menstruação ocorreria a regurgitação de células endometriais pelas tubas uterinas com posterior implante e crescimento dessas células na cavidade peritoneal. Porém, algo que é discutido nesta teoria, é o fato de 70 a 90% das mulheres apresentarem a menstruação retrógrada e apenas uma parcela delas desenvolver a doença. Para explicar este fato, estudos indicam a participação hormonal e imunológica nesta teoria, onde as células do endométrio se implantariam fora do útero devido a encontrar um ambiente hormonal favorável e, não são eliminadas pelas células de defesa, como normalmente acontece (BASSI, 2011; NÁCUL, SPRITZER, 2010; FREITAS et al., 2011; BEREK, 2008; BELLELIS et al., 2010; BELLELIS; PODGAEC; ABRÃO, 2011; BERBEL; PODGAEC; ABRÃO, 2008).

A teoria da metaplasia celômica foi a primeira que tentou explicar a origem da endometriose, proposta por Iwanoff em 1898 e Meyer em 1899. Nessa teoria apoia-se a ideia que células do mesotélio sofreriam uma diferenciação anormal, desenvolvendo tecido endometrial (BERBEL; PODGAEC; ABRÃO, 2008; BELLELIS; PODGAEC; ABRÃO, 2011; BASSI, 2011; FREITAS et al., 2011; HALBE, 1987).

A teoria do transporte linfático ou vascular de células endometriais, respectivamente, propostas por Halban em 1925 e Sampson em 1927, sugere a disseminação de células, oriundas do endométrio, através de vasos linfáticos ou sanguíneos para áreas ginecológicas como vulva, vagina, colo, e não ginecológica como intestinos, pulmões, pele, nervos e encéfalo (BASSI, 2011; BEREK 2008; FREITAS et al., 2011; HALBE, 1987) .

Nenhuma das teorias, isoladamente, é capaz de explicar a origem da endometriose. A teoria da menstruação retrógrada explica os focos peritoneais, a teoria da metaplasia celômica ajuda a explicar a origem dos endometriomas e endometriose profunda intestinal, vaginal e uretral, a

teoria de disseminação vascular e linfática explicaria a origem dos focos fora da pelve (SCHMITZ, 2011; BEREK, 2008).

Diversos fatores podem contribuir para o desenvolvimento da doença. Dentre eles, destacam-se os fatores: imunológicos, genéticos, dietéticos e ambientais. Segundo Schmitz (2011), no fator imunológico pode haver redução do trabalho das células natural killer², elevada concentração dos macrófagos e dos leucócitos na cavidade do peritônio, doenças autoimunes, e também predisposição genética.

Quanto ao fator genético, Arruda (2002) diz que há um risco maior de desenvolver a endometriose, as mulheres que tem parente de 1ª grau com a doença, sendo que normalmente essas apresentam as formas mais severas, e que provavelmente é devido à combinação do fator genético com o ambiental. Febrasgo (2010) cita um estudo feito em 1995 com 230 pacientes, em que foram encontrados 19 casos de mãe e filhas acometidas pela doença, 16 casos de irmãs e um de irmãs gêmeas. Porém, lembra que a história familiar de endometriose pode se dar não só pela herança genética, mas também pelo estilo de vida que é compactuado pelos membros da família.

No fator ambiental está incluso as ações dos poluentes e os hábitos de vida da paciente. Bellelis, Podgaec e Abrão (2011) falam sobre a exposição diária de homens e animais a poluentes químicos, lembrando sobre a capacidade destes poluentes de provocar doenças, inclusive a endometriose.

Vila, Vandenberghe e Silveira (2010), lembram a contribuição do sedentarismo no desenvolvimento da doença, já que os exercícios físicos diários podem contribuir para melhorar o sistema imunológico e diminuir a secreção do estrogênio, hormônio que contribui no avanço da doença. Fala sobre a exposição às substâncias tóxicas presentes no ar (dióxido de carbono) e em produtos de limpeza e pesticidas, que favorecem o aparecimento da endometriose, pois estas substâncias podem se alojar nos tecidos e corrente sanguínea, afetando o sistema imune. Vila, Vandenberghe e Silveira (2010) citam a vida estressante e agitada como fator de risco para endometriose. Além de uma dieta alimentar ruim, com baixa ingestão de vitamina “C” e “E” que são antioxidantes, e de fibras.

Febrasgo (2010) cita a nuliparidade³ como fator de risco para desenvolvimento da endometriose. Já que a gravidez reduz a exposição da mulher à menstruação e o parto vaginal aumenta o canal cervical, facilita assim o fluxo menstrual e reduz a quantidade de menstruação retrógrada. Além da ação dos hormônios durante a gestação, que diminui a capacidade dos focos endometriais implantar e crescer na cavidade pélvica.

² Células de defesa do sistema imune inato, que tem capacidade de destruir uma variedade de células tumorais.

³ Qualidade ou estado da mulher que nunca pariu.

Os implantes da endometriose, normalmente, acontecem na pelve: região dos ovários, ligamentos útero-sacros e fundo de saco peritoneal (GARCIA et al., 2006). Entretanto, apesar de ser mais rara, a endometriose já foi descrita em quase todos os órgãos e tecidos do corpo, como: Sistema Nervoso Central, pulmões, pleura, coração, diafragma, vesícula biliar, fígado, pâncreas, intestinos, reto, rins, bexiga, ureteres, umbigo, cicatrizes na parede abdominal, músculos, ossos, nervos periféricos e outros (FEBRASGO, 2010). A figura 1 demonstra os locais mais comuns de focos da endometriose na cavidade pélvica.

Na endometriose intestinal os locais de maior acometimento são o reto-sigmóide e o septo reto-vaginal. Acometendo, mais frequentemente, as camadas serosa e muscular própria, raramente compromete a mucosa intestinal (GARCIA et al., 2006). A endometriose cutânea geralmente aparece após cirurgias pélvicas (ginecológicas ou obstétricas), com a implantação direta do tecido endometrial nas cicatrizes cirúrgicas. Nestes casos, outra forma de implantação seria por via linfática ou vascular (FEBRASGO, 2010; NOMINATO, 2006).

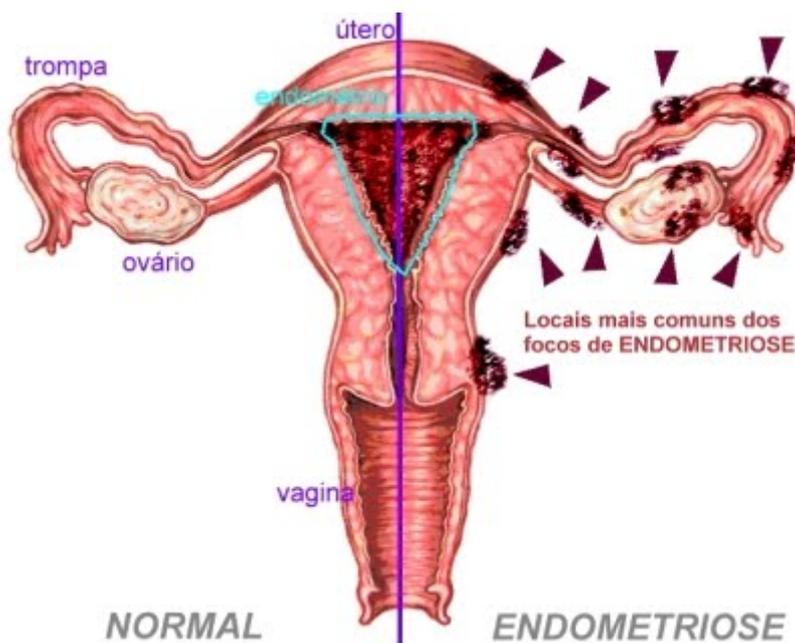


Figura 1 – Órgãos reprodutores feminino/Normal e acometido pela endometriose.

Fonte: <http://www.top30.com.br/news/endometriose-a-doenca-da-mulher-moderna/>

A classificação de uma doença permite melhor compreensão de sua severidade e a adoção do tratamento correto de acordo com sua situação atual (FREITAS et al., 2011). Devido as diversas dúvidas em relação a endometriose (etiopatogenia, diagnóstico e tratamento), tem sido difícil estabelecer uma classificação que realmente seja universal para seu entendimento. Diversos

autores vêm propondo classificações de diferentes ângulos, desde os seus primeiros relatos (ABRÃO et al., 2009).

A classificação mais utilizada é a da American Society for Reproductive Medicine (ASRM) descrita em 1985 e revista em 1996, fundamentada na aparência, tamanho e profundidade dos implantes presentes no peritônio e nos ovários; na presença de aderências, bem como seu tamanho e tipo; e no grau de obstrução do fundo de saco (BEREK, 2008). Ela divide a doença em três níveis, conforme descrito a seguir: leve, com 1 a 15 pontos, lesões livres e dispersas, implantes superficiais, sem aderências significantes; moderada, com 16 a 40 pontos, múltiplos implantes, envolvendo um ou ambos os ovários e aderências mínimas peritubárias e periovarianas evidentes, podendo haver pequeno endometrioma e; severa, com mais de 40 pontos, múltiplos implantes superficiais e profundos, presença de endometriomas, uma ou ambas tubas uterinas limitadas ou obstruídas, um ou ambos ovários limitados por aderências, densas e firmes (HALBE, 1987; IPGO, 2013).

O endometrioma, citado no parágrafo anterior, é o termo utilizado para os implantes de endometriose que formam uma massa tumoral. São cistos endometrióticos, que contém um líquido denso, viscoso, de cor castanho-escuro assemelhando ao chocolate (NOMINATO, 2006; BEREK, 2008).

Outra classificação bastante utilizada é a que divide a endometriose em três tipos: endometriose peritoneal, ovariana e profunda. A peritoneal é identificada pela presença de implantes superficiais no peritônio; A ovariana pela presença de implantes nos ovários, assim como também a presença de endometriomas e; a profunda é identificada pela presença de implantes com profundidade maior do que 5 mm, fibrose e hiperplasia muscular abaixo de peritônio (ABRÃO et al., 2009; IPGO, 2013; FEBRASGO, 2010).

Em 2000 surgiu uma proposta para que a endometriose fosse dividida em duas doenças distintas: endometriose, que se localiza nos ovários, tubas uterinas e peritônio e a adenomiose, que compromete o útero, bexiga e o septo reto-vaginal. As justificativas são que a adenomiose e endometriose apresentam diferentes respostas aos hormônios. A adenomiose é menos comum, mais profunda, ocorre por metaplasia e gera mais sintomas; a endometriose é mais comum, mais superficial, ocorre por implante e gera menos sintomas. Merecendo assim, abordagens terapêuticas diferentes (BERBEL; PODGAEC; ABRÃO, 2008; MACHADO et al., 2001; ABRÃO, 2003).

A endometriose é uma doença benigna, porém apresenta características semelhantes às do câncer, como a capacidade de invadir tecidos próximos e a ligação com lesões distantes (ABRÃO et al, 2009). Apesar de pouco frequente, pode haver o desenvolvimento de processos neoplásicos em casos de endometriose. Nos casos de câncer relacionados com a endometriose,

cerca de 78% são de ovários. (ABRÃO et al., 2009). Segundo o INCA (2012), estudos sugerem que as mulheres portadoras de endometriose tem o dobro de risco para o desenvolvimento de câncer de ovário, isto em comparação com as que não têm endometriose.

3.3 Sintomatologia

Os implantes de tecidos endometriais fora do útero, assim como o tecido do endométrio, sofrem alterações cíclicas menstruais, ocorrendo sangramentos que induz uma reação crônica, inflamatória e formação de aderências. Estas reações podem variar de formas leves até, excessivamente, agressivas dependendo do local e da profundidade do implante (COUTINHO JUNIOR et al., 2008; FEBRASGO, 2010).

Essa variedade de formas de apresentação da endometriose gera uma ampla diversidade de sintomas, que pode ir de assintomática até sintomas extremamente incapacitantes. Os principais sintomas são: dismenorrea, dor pélvica crônica, dispareunia e infertilidade. Outros sintomas podem aparecer de acordo com a localização do implante (ARRUDA, 2002; MOURA et al., 1999; FEBRASGO, 2010).

A dismenorrea é caracterizada por uma dor no hipogástrico durante a menstruação, em cólica, irradiando ou não, com um padrão de agravamento progressivo (FEBRASGO, 2010). A dor pélvica apresenta-se “de forma cíclica e progressiva, podendo piorar nos períodos pré-menstruais, persistir após o término do fluxo-menstrual e ser acompanhada de dor lombar” (MOURA et al., 1999), podendo localizar-se no hipogástrico ou nas fossas ilíacas (ARRUDA, 2002). A dispareunia é caracterizada como uma dor no interior da pelve durante o coito vaginal, podendo persistir um desconforto pós-coito (ARRUDA, 2002; FEBRASGO, 2010).

Nos casos de endometriose intestinal os principais sintomas são as “dores pélvicas, constipação e ou diarreia recorrente, flatulência, distensão abdominal, puxo, tenesmo, podendo surgir sangramento retal cíclico ou não, dor abdominal pélvica” (GARCIA et al., 2006). A endometriose urinária pode ser sugerida pela presença de disúria, que é um desconforto ou dor hipogástrica no ato da micção, com ou sem irradiação (FEBRASGO, 2010).

3.4 Diagnóstico

A endometriose é uma doença de difícil diagnóstico, seus sintomas podem ser confundidos com os de outras enfermidades. Em casos de infertilidade o atraso é de cerca de três

anos, porém nos casos de dor pélvica pode chegar a 12 anos, podendo ser, ainda maior, quando os sintomas começam na adolescência (BEREK, 2008).

O diagnóstico baseia-se no quadro clínico da paciente, através de exame físico, exames laboratoriais (CA-125 e prolactina) e exame de imagem (ultrassonografia e ressonância magnética). O diagnóstico final da endometriose é feito através da biopsia de material coletado por meio de laparoscopia⁴ ou laparotomia⁵. A vídeo-laparoscopia⁶ diagnóstica é considerada padrão ouro no diagnóstico da endometriose (SCHMITZ, 2011; MOURA et al., 1999; VILA; VANDENBERGHE; SILVEIRA, 2010).

3.5 Tratamento

O Tratamento da endometriose tem se apresentado como um desafio para os profissionais da saúde. O tratamento é individualizado, devem ser considerados os sintomas, locais acometidos pela doença, profundidade das lesões, e se existe o desejo ou não de engravidar. Em primeiro lugar, o tratamento visa a redução de sintomas, e em segundo, evitar o progresso da doença. O tratamento pode se dá com medicamentos analgésicos, medicamentos hormonais (análogos do GnRH e/ou anticoncepcionais à base de progesterona), cirúrgico ou técnicas de reprodução assistida (FREITAS et al., 2011; BEREK, 2008; ARAZAWA, 2013).

3.6 Endometriose e infertilidade

Segundo Vila (2007), infertilidade é a incapacidade de um casal conseguir uma gravidez após doze meses de tentativas, com relações sexuais frequentes (duas a três vezes por semana). Esta condição afeta cerca de 16% dos casais em idade reprodutiva.

A endometriose tem ligação comprovada com a infertilidade (FREITAS et al., 2011). Porém, como esta associação ainda não é totalmente compreendida ela tem sido amplamente estudada. Isto se deve, principalmente, por causa da alta prevalência de infertilidade na população e a alta taxa de endometriose nas pacientes inférteis, além do alto custo psicológico e financeiro do tratamento (SCHMITZ, 2011).

⁴ Cirurgia exploradora que consiste em uma incisão da parede abdominal.

⁵ Cirurgia menos invasiva, realizada com pequenas incisões.

⁶ Vide laparoscopia.

A endometriose pode causar infertilidade por meio de vários mecanismos, como alterações imunológicas; influencia hormonal na ovulação e na implantação do embrião; alteração do hormônio prolactina e as prostaglandinas que agem negativamente na fertilidade; anormalidades anatômicas dos ovários, tubas uterinas e útero, devido adesões e formação de endometriomas; prejuízos na função ovariana, como redução na qualidade dos oócitos e liberação do óvulo; dificuldade no transporte do óvulo pela tuba uterina, devido a aderências; receptividade endometrial, a endometriose produz substâncias que atrapalham a implantação do embrião (IPGO, 2013; FEBRASGO, 2010).

Segundo Vila, Vandenberghe e Silveira (2010), a endometriose produz uma fibrose que pode envolver os ovários, impedindo a liberação do óvulo. Moura et al. (1999), diz que vários estudos falam sobre a interferência da endometriose no desenvolvimento da gestação, alterando o processo de clivagem⁷ e o desenvolvimento do embrião, aumentando desta forma, o risco de abortos espontâneos. Alguns estudos mostraram que as mulheres com endometriose tem baixo índice de fertilização, implantação do embrião e gravidez e, que durante tratamentos de fertilização in vitro, foi verificado números menores de oócitos para coleta (FEBRASGO, 2010).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A endometriose configura-se em uma doença enigmática e “cruel”, que merece atenção dos profissionais de saúde, bem como o conhecimento da sociedade. Visto que, é uma doença de difícil diagnóstico, sem cura e que apesar de não ser considerada maligna, causa sérios prejuízos à vida da mulher, estendendo, conseqüentemente, aos seus familiares. Atingindo não só no aspecto físico, mas também psicológico, profissional e social. Já que, dependendo do seu estágio e forma de apresentação, pode deixar a mulher em estado de prostração devido às dores físicas e emocionais, impossibilitando-a de desempenhar suas atividades corriqueiras normalmente.

Pode-se inferir que há a necessidade de mais estudos relacionados a doença, com intuito de elucidar as várias questões que ainda estão obscuras à medicina atual. Além de proporcionar campanhas, por parte dos órgãos de saúde, de alerta quanto a existência da doença e de seus sintomas, a fim de produzir conhecimento e reduzir o tempo de diagnóstico que tem sido consideravelmente longo, agravando ainda mais o problema, visto que a endometriose é uma doença de caráter progressivo.

REFERÊNCIAS

⁷ Divisão celular no início do desenvolvimento embrionário.

ABRÃO, M. S. Os fenótipos da endometriose pélvica. **Rev. Assoc. Med. Bras.** 2003; 49(2): 117-36.

ABRÃO, M. S. et al. Endometriose intestinal: Uma doença benigna? **Rev. Assoc. Med. Bras.** 2009; 55(5): 611-6.

ARAZAWA, S. **Endometriose: A Dor da Infertilidade.** Disponível em: <<http://www.vidabemvinda.com.br/nossos-artigos/88-endometriose-a-dor-da-infertilidade.html>> Acesso em 09 fev. 2013.

ARRUDA, M. S. **Avaliação do tempo decorrido entre o início dos sintomas e o diagnóstico de endometriose.** Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) - Universidade Estadual de Campinas, 2002.

BASSI, M. A. **Cinética Celular na endometriose profunda infiltrativa de reto-sigmoide:** estudo anátomo-clínico. 2011. 92 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2011.

BELLELIS, P. et al. Aspectos epidemiológicos e Clínicos da endometriose pélvica: Uma série de casos. **Rev. Assoc. Med. Bras.** 2010, vol. 56, nº 4, p. 467-471.

BELLELIS, P.; PODGAEC, S.; ABRÃO, M. S. Fatores ambientais e endometriose. **Rev. Assoc. Med. Bras.** 2011; 57 (4): 456-461.

BERBEL, B. T.; PODGAEC, S.; ABRÃO, M. S. Análise da associação entre o quadro clínico referido pelas pacientes portadoras de endometriose e o local de acometimento da doença, **Rev. Med.** 2008 jul.-set.; 87(3):195-200.

BEREK, J. S. **Tratado de ginecologia.** 14 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

BIANCO, B. et al. Análise do polimorfismo no códon 72 do gene TP53 em mulheres inférteis com e sem endometriose, **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2011; 33(1): 37-42

COUTINHO JUNIOR, A. C. et al. Ressonância magnética na endometriose pélvica profunda: ensaio iconográfico. **Radiol. Bras.** 2008 Mar/Abr; 41(2):129–134

CROSER, A. M. L. V. et al. Tratamento da endometriose associada à infertilidade: revisão de literatura, **Rev. Femina.** Maio 2010, vol. 38, nº 5.

ESHRE. European Society of Human Reproduction and Embryology. Guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. Disponível em: <<http://guidelines.endometriosis.org>>. Acesso em: 15 abr. 2013.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de orientação de endometriose.** 2010. Disponível em site: <http://professor.ucg.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/ENDOMETRIOSE%20-%20FEBRASGO%202010.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2013.

FRANKFURT, S. et al. Avaliação dos níveis basais de FSH em pacientes inférteis com endometriose profunda de ovário tratadas cirurgicamente. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2009; 31(7): 349 – 52.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em ginecologia.** 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 736 p.

GARCIA, A. et al. **Endometriose Colônica Simulando Câncer Colorretal:** Relato de Dois Casos. *Rev. Bras. Coloproct.* 2006, Julho/Setembro, Vol. 26, Nº 3, 316 – 320.

HALBE, H. W. **Tratado de ginecologia.** Vol. 1, São Paulo: Roca, 1987.

INCA, Instituto Nacional do Câncer. **Câncer do ovário.** Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?id=5>> Acesso em: 29 març. 2013.

IPGO, Instituto Paulista de Ginecologia e Obstetrícia. **O que é endometriose?** Disponível em: <<http://www.guiaendometriose.com.br/infertilidade-x-endometriose.html>>. Acesso em: 16 de abr. 2013.

_____. **Tipos e classificação.** Disponível em: <<http://www.guiaendometriose.com.br/infertilidade-x-endometriose.html>>. Acesso em: 16 de abr. 2013.

_____. **Infertilidade x Endometriose.** Disponível em: <<http://www.guiaendometriose.com.br/infertilidade-x-endometriose.html>>. Acesso em: 16 de abr. 2013.

KAMERGORODSKY, G. et al. Avaliação da classificação histológica da endometriose observada em implantes de mulheres portadoras de endometriose pélvica superficial e profunda. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, 2007; 29 (11): 568 – 74.

MACHADO, T. et al. Endometriose vesical: Aspectos diagnósticos e terapêuticos. **Rev. Assoc. Med. Bras.** 2001; 47(1): 37-40.

MATTA, A. Z.; MULLER, M. C. Uma análise qualitativa da convivência da mulher com sua endometriose. **Psicologia, saúde & Doenças**, 2006, 7 (1), 57-72.

MENDONÇA, E. e colaboradores. **Um enigma chamado endometriose.** Belo Horizonte: Health, 1998. 240 p.

MOURA, M. D. et al. Avaliação do Tratamento Clínico da Endometriose. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, 1999; v. 21, nº 2: 85 – 90.

MOTTA, L. D. C.; WANDERLEY, M. S. **Fundamentos em reprodução humana:** roteiro prático para o ambulatório. Brasília: Universidade de Brasília, 1997. 159p.

NÁCUL, A. P.; SPRITZER, P. M. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2010; 32 (6): 298-307.

NOMINATO, N. S. **Endometriose de cicatriz cirúrgica:** Estudo retrospectivo de 25 anos. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher). Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.

OLMOS, P. E. **Quando a cegonha não vem:** Os recursos da medicina moderna para vencer a infertilidade. São Paulo: Carrenho Editorial, 2003. 248p.

SEPULCRI, R. P.; AMARAL V. F. Endometriose pélvica em adolescentes: Novas perspectivas. **Femina**, 2007, Junho, Vol. 35, nº 6, 355 – 362.

SCHMITZ, C. R. **Estudo dos polimorfismos do gene do hormônio luteinizante (LH) em mulheres com endometriose e infertilidade:** Análise da prevalência gênica. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

VILA, A. C. D. **A endometriose e sua relação com a infertilidade feminina e fatores ambientais.** 2007. 70 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Universidade Católica de Goiás, 2007.

VILA, A. C. D.; VANDENBERGHE, L.; SILVEIRA, N. A. A vivência de infertilidade e endometriose: Pontos de atenção para profissionais de saúde. **Psicologia, Saúde & Doenças**, 2010, 11 (2), 219 - 228

VILASBOAS, B. **Endometriose, doença que causa infertilidade nas mulheres.** Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/endometriose-doenca-que-caoa-infertilidade-nas-mulheres>> acesso em: 17 abr. 2013.

VISCOMI, F. A. et al. Correlação entre os Aspectos Laparoscópicos e os Achados Histológicos das Lesões Endometrióticas Peritoneais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2002; v. 24, nº 2, 93 – 99.