

Endometriose: o que nos leva a suspeitar da doença e quando indicar cirurgia para a paciente com endometriose?

Endometriosis: when suspect the disease and when indicate surgery for patients with endometriosis?

Ricardo Bassil Lasmar¹
Bernardo Portugal Lasmar²

Sabemos que endometriose é uma doença representada pela presença de tecido com características de endométrio também fora da cavidade uterina. Este endométrio ectópico é semelhante funcionalmente ao endométrio tópico. Isto é, tem fase proliferativa, secretora e descamação com sangramento¹.

A endometriose acomete de 10 a 15% da população feminina em idade reprodutiva e em qualquer lugar no mundo. A doença leva de 7 a 10 anos para ser diagnosticada^{2,3}.

A endometriose é considerada profunda quando penetra mais de 5 mm no tecido. Por isso, quando no exame físico percebemos as lesões, denominamos de endometriose profunda, pois, para percebermos alguma alteração no toque, certamente a lesão tem mais de 5 mm.

Assim, o que nos levaria a pensar em endometriose como provável diagnóstico para a paciente?

Há uma busca permanente por um marcador biológico. Para facilitar o diagnóstico e diminuir o intervalo de tempo entre os sintomas e a confirmação, por muitos anos, acreditamos ser o CA 125 este marcador. Também pensamos, por longo período de tempo, que a laparoscopia seria a melhor e mais adequada forma de se diagnosticar endometriose. Hoje sabemos que o CA 125 não é específico para endometriose, podendo estar elevado diante de miomas ou tumores de ovário e mesmo normal em endometriose profunda.

E quanto a laparoscopia? Como método de rastreio é impossível, para qualquer país, pois não se tem verba para fazer laparoscopia em 10% da população feminina. Além disso, a laparoscopia é a visão da cavidade abdominal e pélvica, sendo incapaz de identificar lesões profundas de septo retovaginal ou intestinal, principalmente em casos com extensas aderências, no qual a doença fica encoberta pelo processo aderencial. A indicação da laparoscopia como método propedêutico na endometriose tem aumentado o diagnóstico equivocado de pelve congelada inoperável e de paciente com endometriose profunda com diagnóstico laparoscópico de pelve normal. Ambas com graves consequências para paciente. Então como poderemos fazer?

Atualmente, acreditamos que o melhor marcador para endometriose é clínico: a Dismenorreia. Isso nos leva a um caminho mais adequado ao trabalho de todos nós ginecologistas, pois, com uma boa anamnese, poderemos suspeitar da doença. Se temos tecido endometrial fora da cavidade uterina e este terá seu ciclo coincidente com o endométrio tópico, poderemos ampliar nossas

¹Professor Adjunto de Ginecologia da Universidade Federal Fluminense (UFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Professor de Ginecologia da Universidade Estácio de Sá – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: Ricardo Bassil Lasmar – Rua Voluntários da Pátria, 126, sala 602 – Botafogo – CEP: 22270-010 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil – E-mail: ricardo@lasmar.com.br

Conflito de interesses: não há.

atenções às queixas de nossas pacientes, pois na dependência do sítio da endometriose poderemos ter uma queixa coincidente com a menstruação, isto é, cíclica. Desta forma, poderemos ter dor ou sangramentos concomitantes com a menstruação.

A dor irá variar dependendo do sítio da endometriose, a dismenorreia pode ser explicada por estar relacionada ao acometimento de uma víscera muscular oca, assim como a disquesia. Poderá ser em fisgada, pontada, queimação ou mesmo na deambulação, quando acomete terminações nervosas. Quanto ao sangramento, ocorre apenas quando a doença acomete a luz do órgão ou estrutura, como na hematoquesia em que a doença já acomete a mucosa intestinal. Com isso, poderemos evoluir para a ideia de desconforto cíclico, que, quando coincidente com a menstruação, é um marcador clínico para endometriose. Existem pacientes com endometriose com queixa de dor permanente, mas, com uma anamnese mais precisa, veremos que este desconforto piora na menstruação e que a evolução do processo veio da dor cíclica para a permanente.

De fato, existem lesões que não levam à dor cíclica, apenas no contato. Estas são as retrocervicais, uterossacrais, vaginais e retrouterinas, que causam dispareunia de posição, geralmente dor a penetração profunda em algumas posições.

A lesão de ureter é mais grave, pois é assintomática e pode, com a evolução e consequente estenose do ureter, levar a perda da função renal. Esta deverá ser afastada sempre quando forem observadas lesões laterais, parametriais, assim como em grande endometriomas ovarianos fixos.

O exame físico é muito importante e inclui exame especular para avaliação da vagina e do colo do útero; toque bimanual e toque retal, ambos para percebermos a forma, mobilização, nódulos e dor.

Quase 90% das lesões de endometriose são de compartimento posterior e elas podem ser percebidas no toque retal⁴.

Os exames de imagem, ultrassonografia ou ressonância magnética bem feitos vão confirmar e ampliar o diagnóstico dos sítios de endometriose. Porém, o exame físico completo poderá identificar lesões menores, sem significado nos exames de imagem.

Os exames de imagem são fundamentais para registrar a extensão da doença e deverão ser realizados após a avaliação ginecológica para que profissional possa fazer uma investigação mais orientada e precisa. As orientações para os exames deverão seguir as regras de cada serviço.

E quando indicar cirurgia para a paciente com endometriose?

Como a endometriose acomete a paciente, principalmente, no período fértil e costuma levar a dor e infertilidade, a decisão da conduta não é simples para nós, ginecologistas.

Sabemos que o tratamento medicamentoso hormonal não destrói os focos de endometriose; porém, podem aliviar muito os sintomas da doença, inclusive melhorando a qualidade de vida desta. Acontece que o tratamento hormonal impede a paciente de engravidar, estando contraindicado para as que desejam gravidez.

Então, como saber quando o tratamento hormonal, bloqueando a ovulação e/ou a menstruação, é eficiente e seguro para a paciente e quando a indicação cirúrgica trará mais benefícios para a paciente? Com estas questões, colocamos três parâmetros fundamentais para decidir a abordagem: extensão da doença, queixas ou clínica da paciente e o objetivo desta, cada um sub-dividido em três estágios, correlacionados com a intensidade. Desta forma, foi criado o ECO sistema⁵ (Tabela 1).

Com esta proposta, fizemos um trabalho multicêntrico com a *Pius Clinic Oldenburg*, da universidade de Goettingen, na Alemanha, com 166 pacientes para validar estes

parâmetros. Na publicação de *Validation of a score to guide endometriosis therapy for the non-specialized gynecologist*, no *International Journal of Gynecology and Obstetrics IJGO*, de 2015⁶, foi demonstrado que o ECO sistema é um instrumento eficiente para orientar a conduta para o ginecologista não especialista. Esta proposta permite que apenas pacientes selecionadas sejam encaminhadas aos centros especializados, ou seja, aquelas que tenham a soma dos escores ≥ 4 . Por outro lado, as pacientes com escores totais de 0 a 3 poderão ser acompanhadas pelo seu ginecologista, com tratamento hormonal associado na maioria dos casos. No escore 4, metade das pacientes foram operadas, isto mostra a necessidade de avaliação pelo especialista, que uma vez não indicando conduta cirúrgica, encaminhe novamente a paciente ao seu ginecologista (Tabela 2).

No nosso serviço, quando indicamos a cirurgia para endometriose preenchemos o MAPA⁷ com os sítios da doença e levamos ao centro cirúrgico. Este MAPA pode ser encontrado e utilizado através do endereço eletrônico <http://www.ginendo.com/MAPforENDOMETRIOSIS.html>

A paciente com endometriose, além do medo de uma possível infertilidade, vem com sofrimento cíclico e crônico por mais de 7 anos. Assim, cabe a nós, ginecologistas, acolhê-la e oferecer o tratamento adequado.

Tabela 1 - ECO SYSTEM para abordagem da endometriose

Parâmetros	Achados
Extensão	
0	Peritoneal ou não diagnosticada
1	Útero e/ou ligamentos uterinos, endometrioma ovariano ≤ 3 cm
2	Intestino e/ou bexiga, ureter, endometrioma ovariano >3 cm
Clínica	
0	Assintomática
1	Infertilidade ou dor não incapacitante
2	Dor incapacitante (disquezia, dispareunia, disúria, dismenorrea)
Objetivos	
0	Não mudar nada, aceita a situação
1	Deseja engravidar OU melhorar da dor
2	Deseja engravidar E melhorar da dor

Tabela 2 - Conduta Sugerida

Escore	Condutas sugeridas
0 a 3	Conservadora (tratamento medicamentoso)
4	Conservadora ou cirúrgica
5 a 6	Cirúrgica (laparoscopia)

Leituras suplementares

- Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, D'Hooghe T, Dunselman G, Greb R, et al. ESHRE Special Interest Group for Endometriosis and Endometrium Guideline Development. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Hum Reprod.* 2005;20:2698-704.
- Carneiro MM, Filogônio ID, Costa LM, de Ávila I, Ferreira MC. Clinical prediction of deeply infiltrating endometriosis before surgery: is it feasible? A review of the literature. *Biomed Res Int.* 2013;2013:564153.
- Macer ML, Taylor HS. Endometriosis and infertility: a review of the pathogenesis and treatment of endometriosis-associated infertility. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2002;39:535-49.
- Chapron C, Fauconnier A, Vieira M, Barakat H, Dousset B, Pansini V, et al. Anatomical distribution of deeply infiltrating endometriosis: surgical implications and proposition for a classification. *Hum Reprod.* 2003;18(1):157-61.
- Lasmar RB, Abraão MS, Lasmar BP, Dewilde RL. Simplified approach to the treatment of endometriosis--ECO system. *Minerva Ginecol.* 2012;64(4):331-5.
- Lasmar RB, Lasmar BP, Celeste RK, Larbig A, De Wilde RL. Validation of a score to guide endometriosis therapy for the non-specialized gynecologist. *Int J Gynecol Obstet.* 2015; pii: S0020-7292(15)00430-0.
- Lasmar RB, Lasmar BP, Pillar C. Diagram to map the locations of endometriosis. *Int J Gynaecol Obstet.* 2012;118(1):42-6.