

Análise crítica da cirurgia de endometriose como tratamento para infertilidade

Critical analysis of endometriosis surgery as a treatment for infertility

Análisis crítico de la cirugía de endometriosis como tratamiento para la infertilidade

Recebido: 02/10/2023 | Revisado: 10/10/2023 | Aceitado: 11/10/2023 | Publicado: 13/10/2023

Stephani Ramos Domanski dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-2096-8389>

Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil

E-mail: stephanidomanski@hotmail.com

Marcelo Gressler Righi

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9412-6311>

Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil

E-mail: righimarcelo@hotmail.com

Resumo

A endometriose é uma doença inflamatória crônica causada pela presença de tecido endometrial fora do útero, podendo manifestar-se de maneira assintomática ou causar sintomas tais como dismenorrea, dispareunia, sangramento anormal e/ou infertilidade. O tratamento de escolha é baseado na sintomatologia, estando a cirurgia entre os tratamentos mais utilizados. O presente estudo tem por objetivo analisar qual paciente realmente se beneficia da cirurgia de endometriose como tratamento da infertilidade. Para isso, será feita uma revisão bibliográfica dos artigos que abordam tal assunto, pesquisados em bases de dados através dos descritores “infertilidade” or “endometriose” or “cirurgia”, trazendo inicialmente conceitos e classificações importantes acerca da doença e sua relação com a infertilidade. Por fim, através da comparação de resultados dos artigos estudados, espera-se indicar o manejo adequado frente a infertilidade e avaliar quando a cirurgia realmente trará benefícios, evitando submeter pacientes a um procedimento invasivo sem obter o resultado adequado ou até causando danos que afetem sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Cirurgia; Endometriose; Infertilidade.

Abstract

Endometriosis is a chronic inflammatory disease caused by the presence of endometrial tissue outside the uterus that may manifest asymptotically or cause symptoms such as dysmenorrhea, dyspareunia, abnormal bleeding, and/ or infertility. The treatment of choice is based on symptomatology, and surgery is among the most used treatments. This study aims to analyze which patient actually benefits from endometriosis surgery as a treatment for infertility. In this regard, a literature review was made of articles that approach this subject, which was researched in databases through the descriptors "infertility" or "endometriosis" or "surgery", initially bringing important concepts and classifications about the disease and its relationship with infertility. In conclusion, by comparing the results of the articles studied, it is expected to indicate the appropriate management in relation to infertility and to evaluate when the surgery will really bring benefits, avoiding subjecting patients to an invasive procedure without obtaining the appropriate result or even causing damage that affects their quality of life.

Keywords: Surgery; Endometriosis; Infertility.

Resumen

La endometriosis es una enfermedad inflamatoria crónica causada por la presencia de tejido endometrial fuera del útero, que puede ser asintomática o causar síntomas como dismenorrea, dispareunia, sangrado anormal y/o infertilidad. El tratamiento de elección se basa en los síntomas, siendo la cirugía uno de los tratamientos más utilizados. El presente estudio pretende analizar qué paciente realmente se beneficia de la cirugía de endometriosis como tratamiento de infertilidad. Para ello se realizará una revisión bibliográfica de artículos que abordan este tema, buscados en bases de datos utilizando los descriptores “infertilidad” o “endometriosis” o “cirugía”, trayendo inicialmente conceptos y clasificaciones importantes sobre la enfermedad y su relación con la infertilidad. . . Por fim, através da comparação de resultados dos artigos estudados, espera-se indicar o manejo adequado frente a infertilidade e avaliar quando a cirurgia realmente trará benefícios, evitando submeter pacientes a um procedimento invasivo sem obter o resultado adequado ou até causando danos que afetem sua calidad de vida.

Palabras clave: Cirugía; Endometriosis; Esterilidad.

1. Introdução

A endometriose é uma doença inflamatória crônica causada pela presença de tecido endometrial fora do útero, podendo manifestar-se de maneira assintomática ou causar sintomas tais como dismenorreia, dispareunia, sangramento anormal e/ou infertilidade (Kennedy et al., 2005; Torres et al., 2021). Em nível global, a endometriose afetava estimativamente entre 10% a 15% das mulheres em idade fértil.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a endometriose uma das principais causas de dor pélvica crônica e infertilidade em mulheres (Adamek, 2001). Sua incidência chega a 70 milhões de mulheres no mundo (Bevellis et al., 2010) e está presente entre 2 a 5 de cada 10 mulheres investigadas para infertilidade (Kondo et al., 2011).

Trata-se, portanto, de uma das principais causas de infertilidade feminina e o mecanismo que a explica ainda não está completamente esclarecido, embora seja claramente associado a distorção anatômica da pelve, aderências e obstrução tubária (Crosera et al., 2010).

O tratamento de escolha é baseado na sintomatologia, estando a cirurgia entre os tratamentos mais utilizados (Nácul & Spritzer, 2010; Sousa et al., 2015). O melhor método depende de cada caso, devendo levar-se em consideração a qualidade de vida das pacientes tanto com a doença quanto com os resultados do tratamento (Navarro et al., 2006).

A cirurgia não garante a resolução da endometriose, com taxas elevadas de recorrência. Além disso, existem efeitos colaterais. Um estudo realizado por Fahmy et al. (2005) demonstra sintomas pós-operatórios, tais como dificuldade à evacuação, dor retal ou enterorragia. O mesmo estudo traz ainda complicações cirúrgicas tais como lesão de ureter ou lesão de reto. Porém, segundo a Sociedade Brasileira de Endometriose (2014), a cirurgia não é eficaz em todos os casos, muitas vezes com necessidade ou melhores resultados nas técnicas de reprodução assistida.

Por esses motivos, o objetivo deste trabalho é analisar quais pacientes realmente se beneficiam da cirurgia de endometriose como tratamento da infertilidade e quais não se beneficiam. Espera-se entender sobre o manejo adequado frente à infertilidade e avaliar em quais casos a cirurgia realmente trará benefícios, evitando submeter pacientes a um procedimento invasivo sem obter o resultado adequado ou ainda entender em quais situações a cirurgia é capaz de causar danos que afetem sua qualidade de vida.

2. Metodologia

O presente estudo não envolve aplicação prática e baseia-se em pesquisa bibliográfica, apresentando como releitura materiais que já foram publicados. Trata-se, portanto, de revisão de literatura narrativa, com seleção de documentos que se relacionam com o tema de interesse (Estrela, 2018).

Após estabelecer o tema central da pesquisa, foi feita uma busca de literatura utilizando-se o “*Google Acadêmico*” ou diretamente nas bases de dados da *LILACS* (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), *SciELO* (Scientific Eletronic Libray Online) e/ou *Elsevier*. Os descritores, ou seja, palavras chave utilizadas para a busca foram “*endometriose*”, “*cirurgia*” e “*infertilidade*”, incluindo suas variações para a Língua Inglesa.

Desta forma, serviram de apoio à pesquisa materiais como: livros, artigos, revistas, trabalhos acadêmicos ou periódicos ou ainda guias de origem governamental, como por exemplo as matérias contidos em <http://www.saude.gov.br>. Foram selecionados, avaliados e considerados os documentos com publicação dentro do período de 2005 a 2019. Outros artigos, embora não sejam do período selecionado, foram utilizados apenas diante da importância para complementação quanto aos conceitos e definições.

3. Resultados e Discussão

Segundo a Sociedade Brasileira de Endometriose (2014), aproximadamente 40% das mulheres inférteis tem endometriose, o que poderia ser explicado por alterações anatômicas tais como obstrução ou aderências que impedem o encontro do óvulo com os espermatozoides; produção de células inflamatórias que também prejudicam esse encontro ou modificam os folículos ovarianos; deformações do miométrio ou ainda alterações na produção de hormônios que dificultam a implantação do embrião.

Deve-se suspeitar de endometriose já a partir da clínica e dos exames físico, laboratoriais e de imagem, embora a confirmação venha a partir de intervenção cirúrgica – em geral, videolaparoscopia (Nácul & Spritzer, 2010). A partir daí, é possível estadar a doença, o que, inclusive, dará norte ao tratamento. O sistema de classificação mais utilizado é o da *American Society of Reproductive Medicine*, criado em 1979 e revisado em 1996 (SART, 1999), o qual baseia-se na extensão da doença no peritônio e ovários, da obliteração do fundo de saco posterior e das aderências ovarianas e tubárias, graduando os estágios da patologia em mínima, leve, moderada ou grave (Canis et al., 1997).

A infertilidade é mais evidente nos estágios III e IV da endometriose, provavelmente devido à sua relação com distorção ou obstrução tubárias. Por outro lado, a queda de fertilidade também ocorre nos estágios iniciais da doença, embora os mecanismos que a justifiquem sejam menos esclarecidos (Mahutte & Arici, 2002).

Como tratamento da infertilidade causada por endometriose, de maneira geral opta-se por cirurgia ou técnicas de reprodução assistida, sendo a primeira optada em casos de infertilidade associada a dor. Já em casos de infertilidade sem outros fatores associados, o melhor tratamento não está pré-estabelecido (Carvalho et al., 2012; Vieira et al., 2020).

Segundo o *guideline* da ESHRE – Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia, a cirurgia laparoscópica é padrão-ouro no tratamento da infertilidade causada por endometriose, com a intenção de remover os implantes endometriais e aderências (Dunselman et al., 2014; Kennedy et al., 2005).

Estágios mais avançados, porém, podem envolver ureter, artéria uterina, reto ou septo reto-vaginal, exigindo equipe cirúrgica multidisciplinar para abordagem. Alguns estudos indicam ainda que a retirada de endometrioma, embora reduza a taxa de recorrência e necessidade de reintervenção, pode estar relacionados à redução da função ovariana (Kondo; Zomer & Amaral, 2011).

Somados a esses riscos, temos outras complicações cirúrgicas. Fahmy et al. (2005) avaliaram o pós-cirúrgico de pacientes com endometriose do septo retovaginal e constataram incidências consideráveis de dismenorreia, dispareunia de profundidade, dor pélvica acíclica, dor à evacuação, enterorragia e infertilidade. Donnez e Squifflet (2010) observaram ainda perfuração-retal, lesão ureteral, sangramento e retenção urinária. Outro estudo de Darai et al (2005), acrescentaram à lista fístula reto-vaginal e abscesso pélvico. Por esse motivo, é prudente analisar os riscos e os benefícios da cirurgia, implicando em altas taxas de reincidência das lesões, necessidade de reabordagem cirúrgica ou persistência de sintomas como dor pélvica (Bellelis et al., 2010).

O tratamento cirúrgico, após restabelecer a anatomia da pelve, teoricamente deveria resolver a infertilidade. Em alguns casos, no entanto, é preciso ser associada às técnicas de reprodução assistida. Alguns estudos indicam que a combinação de indução de ovulação associada a inseminação intrauterina tem bons resultados em endometriose de estágios iniciais. Um provável avanço técnico melhorou inclusive os resultados em mulheres com estágio grave (Restrepo & Gustavo, 2010).

A Fertilização *in vitro* é indicada para endometriose moderada ou grave com acometimento de trompas, fator masculino associado ou falha em tratamentos prévios. É indicado ainda como primeira opção para pacientes com mais de 35 anos (Nácul & Spritzer, 2010).

Apesar da indicação de cirurgia para mulheres sintomáticas com endometriomas, a taxa de recorrência é de até 30%. Além disso, vários estudos indicam que ovários operados tiveram uma queda na sua função. Por outro lado, não há indícios de

que a presença de endometriomas afetem os resultados da fertilização in vitro (Suzuki et al, 2005).

4. Conclusão

Ainda há controvérsias sobre o tratamento adequado da infertilidade relacionada à endometriose, uma vez que o mecanismo de cada estágio da doença não é bem esclarecido. Além disso, durante a pesquisa foi possível observar que se dispõe de poucos estudos fidedignos na área, já que ocorre uma grande variação entre as suas metodologias e poucos utilizem caso-controle que permita um método comparativo. Outros estudos, embora permitam a comparação, quando analisam determinado tipo de tratamento, trazem resultados com baixo percentil de incremento na fertilidade se comparados ao controle, não permitindo uma conclusão sobre a eficácia do método.

Por outro lado, é certo que a abordagem cirúrgica de estágios mais avançados da doença é passível de complicações no pós-operatório. Tais complicações podem afetar drasticamente a qualidade de vida dessas pacientes, a exemplo de incontinência urinária ou fecal adquiridas. Por esse motivo, o tratamento de cada método deve ser individualizado, alertando os riscos à cada paciente, a fim de evitar que um problema – a infertilidade – seja substituído por outro.

Apesar da literatura ser discordante sobre a melhor opção de tratamento, há indícios de que a cirurgia, embora seja amplamente preconizada como primeira opção, nem sempre é eficaz ou traz o melhor balanço risco-benefício. De maneira semelhante, embora os estudos sejam escassos ou ainda pouco fidedignos devido às suas metodologias, a grande maioria converge para que o melhor método de tratamento da endometriose associada à infertilidade seja escolhido de maneira individualizada.

Referências

- Adamek, E. V. V. (2001). Avaliação Quantitativa dos Lisossomos no Epitélio Glandular da Cápsula do Endometrioma e no Epitélio do Endométrio de Pacientes com e sem Endometriose. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 23, 609-609.
- Bellelis, P., Dias Jr, J. A., Podgaec, S., Gonzales, M., Baracat, E. C., & Abrão, M. S. (2010). Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica: uma série de casos. *Revista da associação médica brasileira*, 56, 467-471.
- Canis, M., Donnez, J. G., Guzik, D. S., Halme, J. K., Rock, J. A., Schenken, R. S., & Vernon, M. W. (1997). Revised american society for
- Carvalho, L. F. P., Below, A., Abrão, M. S., & Agarwal, A. (2012). Endometriose mínima e leve e seu impacto negativo sobre a gravidez. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58, 607-614. reproductive medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertility and sterility*, 67(5), 817-821.
- Crosera, A. M. L. V., Vieira, C. H. F., Samama, M., Martinhago, C. D., & Ueno, J. (2010). Tratamento da endometriose associada à infertilidade-revisão da literatura. *Femina*.
- Darai, E., Thomassin, I., Barranger, E., Detchev, R., Cortez, A., Houry, S., & Bazot, M. (2005). Feasibility and clinical outcome of laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *American journal of obstetrics and gynecology*, 192(2), 394-400.
- Donnez, J., & Squifflet, J. (2010). Complications, pregnancy and recurrence in a prospective series of 500 patients operated on by the shaving technique for deep rectovaginal endometriotic nodules. *Human Reproduction*, 25(8), 1949-1958.
- Estrela, C. (2018). *Metodologia Científica: Ciência, Ensino, Pesquisa*. Editora Artes Médicas.
- Fahmy, W. M., Lopes, R. C. G., Ramos, J. F. D., Baracat, F. F., Gomes, A. M. P., Takeda, G. K., & Prado, D. S. (2005). Avaliação dos resultados do tratamento cirúrgico de pacientes portadoras de endometriose do septo retovaginal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27, 613-618.
- Kennedy, S., Bergqvist, A., Chapron, C., D'Hooghe, T., Dunselman, G., Greb, R., & Saridogan, E. (2005). ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Human reproduction*, 20(10), 2698-2704.
- Dunselman, G. A. J., Vermeulen, N., Becker, C., Calhaz-Jorge, C., D'Hooghe, T., De Bie, B., & Nelen, W. L. D. M. (2014). ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Human reproduction*, 29(3), 400-412.
- Kondo, W., Zomer, M. T., & Amaral, V. F. D. (2011). Tratamento cirúrgico da endometriose baseado em evidências. *Femina*.
- Mahutte, N. G., & Arici, A. (2002). New advances in the understanding of endometriosis related infertility. *Journal of reproductive immunology*, 55(1-2), 73-83.
- Nácul, A. P., & Spritzer, P. M. (2010). Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. *Revista Brasileira de ginecologia e obstetrícia*, 32, 298-307.

Navarro, P. A. D. A. S., Barcelos, I. D. S., & Rosa e Silva, J. C. (2006). Tratamento da endometriose. *Revista Brasileira de ginecologia e obstetrícia*, 28, 612-623.

Sousa, T. R., Queiroz, A. P., Baron, R. A., & Sperandio, F. F. (2015). Tratamentos na Endometriose: Uma revisão sistemática. *ConScientiae Saúde*, 14(4), 655-664.

Restrepo, G. A. (2010). Endometriosis, endometrioma e infertilidad. *Revista Med*, 18(2), 197-209.

Sociedade Brasileira de Endometriose (SBE) (2014). *Endometriose*. [web page]. <http://www.sbendometriose.com.br/site/conteudo.aspx?IdConteudo=102#conteudo>.

Society for Assisted Reproductive Technology (SART). (1999). Assisted reproductive technology in the united states: 1996 results generated from the american society for reproductive medicine/society for assisted reproductive technology registry. *Fertility and Sterility*, 71(5), 798-807.

Suzuki, T., Izumi, S. I., Matsubayashi, H., Awaji, H., Yoshikata, K., & Makino, T. (2005). Impact of ovarian endometrioma on oocytes and pregnancy outcome in in vitro fertilization. *Fertility and sterility*, 83(4), 908-913.

Torres, J. I. da S. L., Araújo, J. L., Vieira, J. A., Souza, C. dos S., Passos, I. N. G., & Rocha, L. de M. (2021). Endometriosis, difficulties in early diagnosis and female infertility: A review. *Research, Society and Development*, 10(6), e6010615661. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15661>

Vieira, G. C. D., Silva, J. A. C. da, Padilha, R. T., & Padilha, D. de M. M. (2020). Endometriosis: causes, implications and treatment of female infertility through assisted reproduction techniques. *Research, Society and Development*, 9(10), e6859109128. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9128>