

Pregnancy rate after deep endometriosis

Taxas de gravidez após cirurgia de endometriose profunda

Alessandra Silves de Almeida, Alessandra Viviane Evangelista Demôro, Bárbara Mary Mucelli Pontini de Castro Alves, Claudio Peixoto Crispi, Marco Aurélio Pinho de Oliveira

RESUMO

A endometriose é uma doença que acomete mulheres em idade reprodutiva e está associada com impacto negativo na sua fertilidade e qualidade de vida. Este artigo tem o objetivo de avaliar, por meio de uma revisão detalhada, as taxas de gestação espontâneas ou obtidas por técnicas de reprodução assistida, após o tratamento cirúrgico de pacientes portadoras de endometriose infiltrativa profunda associada à infertilidade. A análise dos resultados dos estudos sobre possível vantagem do tratamento cirúrgico visando à melhora da infertilidade foi inconclusiva, devendo o médico definir individualmente o tratamento, de acordo com os sintomas e desejo da paciente.

Palavras-chave:

Endometriose
Infertilidade
Laparoscopia Cirúrgica

ABSTRACT

Endometriosis is a disease that affects women in their reproductive years with a negative impact on their fertility and quality of life. This study aims at evaluating, through a detailed review, the pregnancy rates obtained spontaneously or after assisted reproductive techniques following surgical treatment of deep infiltrating endometriosis associated with infertility. The analysis of the available studies on the possible advantage of the surgical treatment to improve infertility was inconclusive; physicians should individually tailor the treatment, according patients' symptoms and wishes.

Keywords:

Endometriosis
Infertility
Surgical Laparoscopy

1. Médica Pós-Graduada de Endoscopia Ginecológica da SUPREMA - Juiz de Fora - MG. **2.** Prof. Assistente da Disciplina de Ginecologia da FCM/UERJ e Professora da Pós-Graduação de Endoscopia Ginecológica da SUPREMA Juiz de Fora - MG. **3.** Médica Pós-Graduada de Endoscopia Ginecológica da SUPREMA - Juiz de Fora - MG. **4.** Autor do Tratado de Cirurgia Minimamente Invasiva Ginecológica e Coordenador Geral da Pós-Graduação em Endoscopia Ginecológica da SUPREMA/ Instituto Crispi - Juiz de Fora - MG. **5.** Prof. Adjunto e Chefe da Disciplina de Ginecologia da FCM/UERJ, Chefe do Ambulatório de Endometriose do Hospital Universitário Pedro Ernesto Coordenador de Pesquisa da Pós-Graduação de Ciências Médicas / UERJ e Coordenador Científico da Pós-Graduação de Endoscopia Ginecológica da SUPREMA - Juiz de Fora - MG. **Endereço para Correspondência:** Bárbara Mary Mucelli Pontini de Castro Alves - Avenida das Américas, 3434 - Bloco 4 - Sala 219 - Barra da Tijuca- Rio de Janeiro - RJ/ **e-mail:** barbaradecastroalves@gmail.com .

INTRODUÇÃO

A endometriose é definida como a presença de glândulas e estroma endometrial funcionantes em locais fora da cavidade uterina. Estima-se que aproximadamente 10% da população feminina, em idade reprodutiva, desenvolverá a doença em algum momento da vida. No momento do diagnóstico, a idade costuma variar entre 20 e 40 anos. O diagnóstico nem sempre é precoce, pois existe um intervalo de cerca de oito anos entre o início dos sintomas e o diagnóstico definitivo.

Considerando grupos específicos, como mulheres com dor pélvica e/ou infertilidade, a prevalência pode chegar a 40%. O impacto na qualidade de vida dessas mulheres pode ser grande, pois, além de afetar seu desempenho nas atividades cotidianas, também influencia negativamente o relacionamento com seu parceiro, principalmente quando associada à infertilidade.¹

Estima-se que a endometriose infiltrativa profunda (EIP) afete entre 20% e 35% das pacientes com endometriose. A forma profunda da doença é definida pela infiltração por mais de 5mm de profundidade da superfície peritoneal ou de qualquer estrutura anatômica e está geralmente localizada nos ligamentos uterossacros, intestino e bexiga.² Para o diagnóstico é de suma importância uma anamnese detalhada, pois queixas de dismenorrea, dor pélvica, dispareunia, alterações urinárias e disquesia podem estar presentes em até 88% das mulheres com EIP. Quando associadas à queixa de infertilidade, esse número pode chegar a 91%.³ A infertilidade associada à EIP pode ocorrer tanto por alterações anatômicas quanto pelo ambiente hostil gerado pela inflamação produzida pelos focos, afetando a ovulação, a fertilização e a implantação.⁴

Este artigo tem o objetivo examinar as taxas de gestação, espontâneas e por técnicas de reprodução assistida, após o tratamento cirúrgico das pacientes com endometriose infiltrativa profunda (EIP) associada à infertilidade.

Endometriose infiltrativa profunda e infertilidade

Em pacientes inférteis com EIP, a abordagem pode ser cirúrgica, visando restabelecer a anatomia pélvica da paciente ou através das técnicas de reprodução assistida (TRA) em pacientes previamente operadas ou não. Para estas pacientes com EIP associada à infertilidade, nenhum tratamento clínico se mostrou eficaz no que se refere ao aumento da taxa de gestação, pois além de não tratar adequadamente os focos de

endometriose, o tratamento hormonal impede ou retarda a gestação espontânea devido ao bloqueio da ovulação.

Uma alternativa viável entre as TRA para essas pacientes é a FIV, podendo ser a primeira escolha ou ser realizada após o procedimento cirúrgico. Esta decisão ainda não está bem estabelecida, visto que a cirurgia pode acarretar aumento do risco de complicações. Em contrapartida, a hiperestimulação ovariana com gonadotrofinas na FIV pode, em determinados casos, favorecer a piora da doença.

Múltiplos estudos têm buscado avaliar a melhor conduta nesses casos, abordando as pacientes cirurgicamente ou encaminhando-as à TRA. Em estudo comparativo observou-se uma maior taxa de gestação nas pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico antes da FIV, porém a taxa de nascidos vivos não apresentou diferença entre os grupos.⁵ Vale ressaltar que apesar das pacientes previamente submetidas à cirurgia apresentarem menor número de oócitos disponíveis após estimulação, a taxa de fertilização e o número de embriões de boa qualidade transferidos foi similar.

A abordagem cirúrgica por via laparoscópica, visando restabelecer a fertilidade das pacientes, é a melhor segundo a maioria dos autores. O benefício da laparoscopia está associado ao dano mínimo do tecido, magnificação das imagens, rápida recuperação e menor tempo de internação hospitalar. Um questionamento é se a abordagem mais invasiva da EIP pode ser prejudicial à fertilidade dessas pacientes. Considerando essa dúvida, pacientes inférteis com endometriose profunda ou superficial foram submetidas a cirurgias laparoscópicas ou laparotômicas extensas para comparação.⁶ A conclusão desse estudo foi que mesmo uma abordagem mais agressiva não resultou em diferença significativa na taxa futura de gravidez. No entanto, as pacientes abordadas de forma mais extensa podem apresentar aumento na taxa de complicação cirúrgica.

O importante é que neste estudo não houve diferença nas taxas de gravidez, comparando a via laparoscópica com a laparotômica. Consequentemente, a decisão entre a abordagem mais extensa e a mais conservadora deve ser baseada no alívio da dor e na melhora da qualidade de vida, não sendo a fertilidade um parâmetro para a definição. É possível que a maior agressividade cirúrgica possa diminuir a fertilidade.⁷ Assim, quando a fertilidade é a maior preocupação, é recomendável a cirurgia conservadora, considerando que uma

reabordagem cirúrgica pode ser cogitada após o parto, caso se persistirem os sintomas álgicos. Vale destacar que a cirurgia menos invasiva (*shaving*), quando comparada com cirurgias mais extensas (ressecção discoide e ressecção segmentar), está associada a um índice de complicações significativamente menor e a uma taxa de gravidez maior. Em adição, a excisão das lesões retovaginais parece não melhorar a probabilidade de gravidez quando comparada com grupos de mulheres não submetidas à cirurgia.⁸

Avaliando o local das lesões de EIP, a maioria tem um comportamento multifocal, sendo o compartimento posterior o mais acometido. A abordagem cirúrgica laparoscópica do compartimento posterior também foi objeto de estudo.⁹ Nesta avaliação, pacientes com idade média de 35 anos submetidas à ureterólise laparoscópica para endometriose profunda ureteral associadas a outros procedimentos cirúrgicos, como ressecção de nódulo retovaginal, ressecção de ligamento uterossacro, parametrectomia, cistectomia de endometrioma ou anexectomia, tiveram maior taxa de gravidez.⁹ Um dado interessante foi que pacientes submetidas à ressecção intestinal e ao bloqueio hormonal pós-cirúrgico obtiveram menores taxas de gestação.¹⁰ Ainda, as complicações após a remoção da EIP não foi tão impactante na preservação da fertilidade destas mulheres.

Comparando os tipos de complicações cirúrgicas observou-se que houve uma significativa redução na probabilidade de gravidez nas pacientes com complicações intestinais comparadas às urológicas.

Vale lembrar que a ausência de padronização dos estudos publicados, a falta de descrição do procedimento cirúrgico adotado devido às diferentes apresentações clínicas da doença, o número pequeno de pacientes enquadradas nos critérios de inclusão e a dificuldade em manter o seguimento das pacientes limitam as possíveis conclusões acerca do real impacto da cirurgia ou da conduta expectante sobre as taxas de gravidez nas mulheres com endometriose. Além disso, alguns estudos não relatam a taxa de gravidez, separando as pacientes férteis das inférteis.

CONCLUSÃO

Essa revisão concluiu que a abordagem cirúrgica preferencial, objetivando restabelecer a fertilidade das pacientes com EIP,

deve ser por via laparoscópica e o menos invasiva possível, visando também minimizar as complicações cirúrgicas que podem ocorrer. Ainda há uma lacuna em relação à melhor abordagem nesses casos.

Devido à falta de ensaios clínicos randomizados, controlados e com tamanhos de amostra adequados, não se pode concluir se a cirurgia realmente é vantajosa para estas mulheres. Enquanto isso não ocorre, o tratamento deve ser individualizado, considerando sempre os sintomas e desejos da paciente, os impactos da doença e do tratamento sobre sua qualidade de vida.

LEITURAS SUPLEMENTARES

1. Crispi, CP, Oliveira FMM, Damian Jr. JCD, Oliveira MAP, Ribeiro PAG. Tratado de Endoscopia Ginecológica: Cirurgia Minimamente Invasiva. 3ªed. Rio de Janeiro: Revinter; 2012.
2. Cornillie FJ, Oosterlynck D, Lauweryns JM, Koninckx PR. Deeply infiltrating pelvic endometriosis: histology and clinical significance. *Fertil Steril*. 1990; 53(6): 978-83.
3. Ballard KD, Seaman HE, Vries CS, Wright JT. Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case-control study- Part 1. *BJOG* 2008;115(11): 1382-91.
4. Bulun SE. Endometriosis. *N Engl J Med* 2009 Jan.15; 360(3): 268-79.
5. Bianchi PHM, Pereira RMA, Zanatta A, Alegretti JR, Motta ELA, Serafini PC. Extensive excision of deep infiltrative endometriosis before in vitro fertilization significantly improves pregnancy rates. *J Minim Invasive Gynecol* 2009; 16(2): 174-80.
6. Douay-Hauser N, Yazbeck C, Walker F, Luton D, Madelenat P, Koskas M. Infertile women with deep and intraperitoneal endometriosis: comparison of fertility outcome according to the extent of surgery. *J Minim Invasive Gynecol* 2011; 18(15): 622-628.
7. Mohr C, Nezhat FR, Nezeat CH, Seidman DS, Nezhat CR. Fertility considerations in laparoscopic treatment of infiltrative bowel endometriosis. *Journal of the society of laparoendoscopic surgery*. 2005; 2005 (9): 16-24.
8. Vercellini P, Pietropaolo P, De Giorgi O, De Giorgi O, Daguati R, Pasin R, Crosignani PG. Reproductive performance in infertile women with rectovaginal endometriosis: is surgery worthwhile? *Am J Obst Gynecol* 2006;195(5):1303-1310.
9. Ucella S, Cromi A, Casarin J, Bogani G, Pinelli C, Serati M et al. Laparoscopy for ureteral endometriosis:surgical details, long-term follow-up, and fertility outcomes. *Fertil Steril* 2014; 102(1): 160-6.
10. Kondo W, Tamburo S, Madelenat P, Yazbeck EDC, Dubuisson J, Canis M et al. Do patients manage to achieve pregnancy after a major complication of deeply infiltrating endometriosis resection?. *Eur J Obst e Gynecol Reprod Biol* 2011; 154(2): 196-199.