

ENDOMETRIOSE: Fisioterapia e a Doença

Letícia Zaparolli Ribeiro do Nascimento

Graduada em Fisioterapia,
Faculdades Integradas de Três Lagoas-FITL/AEMS

Elaine da Silva Kraievski

Fisioterapeuta – UNIGRAN, Especialista em Fisioterapia Dermatofuncional – IBRATE;
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Resumo

O endométrio é o tecido que reveste o interior do útero. Endometriose é quando esse tecido está fora da cavidade uterina ou em algum outro órgão. É uma doença de muita dor e desconforto, podendo ser físico e até psicológico, tendo auto estima baixa, depressão, infertilidade, e dependendo do órgão, traz outros sérios problemas e sintomas. Não tem cura, pois é uma doença crônica, porém, tem tratamentos para melhor qualidade de vida. Na menopausa, a endometriose pode diminuir ou até desaparecer, por isso é importante sempre fazer acompanhamento com um ginecologista. Ela também não é considerada como um câncer. Neste artigo mostra alguns sintomas relacionados à endometriose, os tipos, diagnóstico, prevenção e principalmente como um fisioterapeuta pode ajudar a minimizar os sinais e sintomas da doença, usando tratamentos como eletroterapia, acupuntura, cinesioterapia, crioterapia, termoterapia dentre vários outros tipos de tratamentos como a principal função de alívio da dor, assim, melhorando sua qualidade de vida. Também foi feita a revisão de outros artigos com o mesmo assunto, na parte psicológica do paciente, quanto em questão de exames e tratamentos.

Palavra chave: Endométrio, menstruação, endometriose, infertilidade, tratamentos.

INTRODUÇÃO

Não se sabe a causa da endometriose, mas vários estudos apontam que seja uma doença hereditária. (RAMOS, 2015). Endometriose profunda é o tipo mais avançado, caracterizado quando a mulher possui lesões com mais de 5 milímetros de espessura e pode afetar intestino, vagina, bexiga, ureter e outros órgãos.

O objetivo desse artigo é esclarecer o que é a doença endometriose, quais são seus sintomas, tipos, tirar dúvidas sobre a infertilidade, se pode ser um câncer, tratamentos e um estudo de revisão de outros artigos.

“Todos os meses, o endométrio fica mais espesso para que um óvulo fecundado possa se implantar nele. Quando não há gravidez, esse endométrio que aumentou descama e é expelido na menstruação. Em alguns casos, um pouco desse sangue migra no sentido oposto e cai nos ovários ou na cavidade abdominal, causando a lesão endometriótica” (RAMOS, 2015)

2 METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado através de pesquisa bibliográfica, utilizando sites para descrever e aprofundar sobre a doença e alguns artigos científicos, porém, esses artigos falam mais sobre outras áreas e não só do fisioterapeuta. Os artigos foram encontrados no Google Acadêmico, utilizando-se as palavras chave endometriose, tratamentos para endometriose, dor pélvica. No período de março a junho de 2016.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Ciclo Menstrual

Todo mês acontece esse ciclo reprodutivo da mulher, que é onde prepara seu corpo para uma gravidez. Caso não aconteça a fecundação, ocorre a descamação das paredes internas do útero, onde o endométrio se desprende tendo o sangramento (RAMOS, 2015).

Geralmente esse ciclo dura cerca de 28 dias, em algumas mulheres podem durar alguns dias mais, e é dividido em três fases, como a fase folicular, fase ovulatória e a fase lútea. A fase folicular começa no primeiro dia da menstruação e dura em média 12 dias. A fase ovulatória dura cerca de 8 dias, isso é quando ocorre a ovulação. Fase lútea dura em média 10 dias e prepara o útero para próxima menstruação (SEDICIAS, 2016).

Os hormônios responsáveis pelo ciclo menstrual são: (i) hormônio liberador de gonadotropina (GnRH), produzido pelo hipotálamo, (ii) hormônio folículo-estimulante (FSH), produzido pela hipófise, (iii) hormônio luteinizante (LH), produzido pela hipófise, (iv) estrogênio, produzido pelos ovários e (v) progesterona, também produzida pelos ovários (SEDICIAS, 2016).

3.2 Sintomas da Endometriose

Há mulheres que não têm nenhum sintoma, porém os dois principais sintomas da endometriose são dor e infertilidade, podendo ter os dois ou um dos dois sintomas. Dentre os demais se incluem dor pré-menstrual, dor durante as relações sexuais, cólicas, fadiga crônica e exaustão, dor na região pélvica,

sangramento menstrual intenso ou regular, alterações intestinais durante a menstruação e dificuldade para engravidar ou infertilidade (RAMOS, 2015).

3.3 Estágios de Endometriose

Existem quatro estágios diferentes de endometriose, a saber: mínima (Estágio I) – presença de tecido endometrial em um local isolado, sem aderências significantes; leve (Estágio II) – presença de tecido endometrial com menos de 5 cm, sem aderências significantes; moderada (Estágio III) – presença de tecido endometrial em vários locais da tuba uterina, a sua volta e nos ovários e a sua volta evidentes e grave (Estágio IV) - presença de tecido endometrial em áreas superficiais e profundas com aderências densas e firmes (SEDICIAS, 2013).

3.3.1 Locais Que Podem Ter Endometriose

Os locais mais comuns são endometriose no ovário, peritônio pélvico e a área entre o útero e o reto (septo retovaginal). Porém, outros órgãos também podem ser acometidos, tais como (1) útero, tecido semelhante ao endométrio fora do útero; (2) endometriose do ovário, cistos que ocupam parte do ovário e que apresentam células endometriais distribuídas em sua cápsula. Os endometriomas costumam ser pequenos, com diâmetro de 0,5 cm ou médios apresentando alguns centímetros de extensão. Em casos mais raros podem alcançar dimensões superiores a 10 cm. (KOPELMAN, 2015); (3) endometriose do peritônio pélvico, as células do endométrio se alojam no peritônio (membrana que recobre a parede abdominal) ou na parede pélvica; (4) endometriose do septo retovaginal e da vagina, O septo retovaginal é o espaço localizado entre a vagina e o reto (parte final do intestino). A hipótese é de que as lesões de septo retovaginal ocorram por contiguidade, ou seja, lesões de fundo-de-saco, vagina ou reto infiltram até esta região (ABRAO, 2016); (5) endometriose do intestino, presença de endométrio à volta das paredes do intestino que dificultam a sua função e causam intensa dor abdominal. Pode ter sangramento nas fezes e dificuldade em evacuar; (6) endometriose em cicatriz cutânea, endometriose cutânea se apresenta como um nódulo pequeno, doloroso, que pode crescer lentamente; (7) endometriose não especificada e (8) endometriose da trompa de falópio, aderências nas trompas.

3.4 Diagnóstico

Devem ser realizados vários tipos de exame por meio de exame de toque (principalmente quando é a profunda), ultrassonografia transvaginal, Ressonância magnética, laparoscopia, laparotomia e etc.

3.5 Exames

1. Ultrassonografia Transvaginal: De menor custo, identifica endometriomas, aderências pélvicas e endometriose profunda.
2. Ressonância Magnética: Ele é mais caro, mas é melhor por ser mais sensível podendo ver endometrioma e endometriose profunda.
3. Para confirmar pode ser feito até uma biópsia de lesão encontrada, mas o médico pode pedir a laparoscopia e laparotomia;
4. Laparoscopia: Diagnostico e tratamento. O procedimento é realizado através de pequenas incisões na barriga, e a introdução de instrumentos telescópicos para a visualização, e se for o caso, para a retirada das lesões. Ela é mais vantajosa que a Laparotomia, pois tem um menor tempo de hospitalização, anestesia e recuperação, além de permitir uma melhor visualização dos focos da doença.
5. Laparotomia: Tradicional e considerado mais invasivo em comparação a Laparoscopia. Envolve uma incisão abdominal maior para acessar os órgãos internos, e pode ser indicada pelo medico dependendo da necessidade da paciente (PASSOS et al., 2011; SOUZA et al., 2011).

3.6 Prevenção

Não se sabe o que leva ao desenvolvimento da endometriose, ela é uma doença benigna. Alguns estudos dizem que pode ser hereditário, outros dizem que até muito álcool e cafeína pode ter associação ao aumento de risco e piora do quadro da doença.(SOUZA et al., 2011; VARELLA, 2013). O que se pode fazer é sempre consultar um ginecologista, sempre dizendo todos os sintomas e fazer os exames que forem pedidos.

3.7 Algumas Curiosidades e Explicações que Foram Encontradas

Por qual motivo surge a endometriose? Aparecimento do endométrio fora do útero, quando ocorre fluxo sanguíneo e volta pelas tubas uterinas demandando nos

órgãos próximos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENDOMETRIOSE E GINECOLOGIA MINIMAMENTE INVASIVA, 2014).

Como se desenvolve? Ela aumenta a quantidade de células e o tamanho da lesão. Pode acometer tecido e órgãos pélvicos ou pela corrente sanguínea atingindo órgãos fora da pelve (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENDOMETRIOSE E GINECOLOGIA MINIMAMENTE INVASIVA, 2014).

Idade? Qualquer idade, logo após a primeira menstruação, mas estudos mostram a maioria partir dos 30 anos de idade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENDOMETRIOSE E GINECOLOGIA MINIMAMENTE INVASIVA, 2014).

Cólica menstrual? Pode ser uma dismenorreia primária, no caso da secundária pode ser já endometriose, pois é quando tem um distúrbio nos órgãos reprodutores. E sim, pode dar cólica, mas isso não quer dizer que seja endometriose, por isso deve procurar um ginecologista (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENDOMETRIOSE E GINECOLOGIA MINIMAMENTE INVASIVA, 2014).

Infertilidade? Tem uma boa porcentagem de mulheres com endometriose que tem infertilidade ou dificuldade para engravidar. Os motivos são: (1) distorção anatômica: obstrução das trompas, aderências que impedem o transporte do ovulo até o encontro com os espermatozoides no interior da tuba uterina; (2) mudanças no fluido peritoneal: produção de substâncias e células inflamatórias que interferem com a interação óvulo-espermatozoide; (3) desordens ovulatórias: provocadas pelas substâncias inflamatórias e modificações nos folículos ovarianos; (4) alterações foliculares e embrionárias e (5) anormalidade miométriais.

Desordens de implantação embrionária: alterações endometriais pela produção local de estrogênio e resistência a progesterona (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENDOMETRIOSE E GINECOLOGIA MINIMAMENTE INVASIVA, 2014).

Mas também tem chances de engravidar, dependendo de onde é a endometriose, pode fazer inseminação artificial, inseminação intra-uterina ou a fertilização in vitro (bebê de proveta).

Endometriose tem cura? É uma doença crônica, não tem cura. E ela pode voltar mesmo depois da cirurgia incompleta, por isso sempre fazer acompanhamento com o médico.

A cirurgia esta sempre indicada para o tratamento da endometriose? A cirurgia preferencialmente por videolaparoscopia (procedimento de endoscopia no qual se visualiza a cavidade abdominal por meio de uma videocâmera, podendo também nela realizar uma intervenção cirúrgica), ainda é a principal forma de tratamento da endometriose.

Retirar o útero resolve a endometriose? Não resolve, pois, os ovários continuam produzindo estrogênio.

A endometriose desaparece na menopausa? Pode diminuir ou até desaparecer podendo não precisar de tratamento (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENDOMETRIOSE E GINECOLOGIA MINIMAMENTE INVASIVA, 2014).

3.8 Tratamento

As principais metas do tratamento médico são (1) aliviar ou reduzir a dor (e outros sintomas); (2) diminuir o tamanho dos implantes; (3) reverter ou limitar a progressão da doença; (4) preservar ou restaurar a fertilidade e (5) evitar ou adiar a recorrência da doença (SCHOR, 2016).

3.8.1 Tratamentos Não Cirúrgicos

Pílula anticoncepcional: foi o primeiro tratamento usado para mulheres com endometriose, a mais utilizada é a combinada, pois tem estrogênio e progesterona. Progesterona: hormônio leva a atrofia dos implantes, mas seu efeito colateral é ganho de peso e a depressão.

Danazol e Gestrinona: muito usada no século passado com melhora da dor importante, não é mais utilizada por causa de seus efeitos colaterais por conter testosterona e poderia causar diminuição das mamas, aumento de gordura na região abdominal e etc.

Diu: dispositivo intrauterino de progesterona, bloqueia a ação do GnRH, e a produção de hormônios LH e FSH, necessário para produção de estrogênio. Agem direto sobre implantes de endometriose, e provoca atrofia.

Inibidores de aromatase: usada por seis meses, ela tem o bloqueio da produção de estrogênio pelos ovários, mas a endometriose ainda pode estar lá.

Tratamento cirúrgico: Primeiro faz o tratamento medicamentoso por 6 meses, se ainda houver muita dor ai sim faz a cirurgia, isso ajuda na solução de

complicações como aderência ou cistos ovarianos. E na cirurgia faz toda a retirada da doença. (SCHOR, 2016)

3.9 Fisioterapia

O tratamento da endometriose é realizado por uma equipe multidisciplinar. O fisioterapeuta tem o poder de minimizar os sinais e sintomas da doença, e principalmente melhorando sua qualidade de vida, não curar, pois, a endometriose não tem cura. (PLOGER, 2016)

3.9.1 Objetivo do Fisioterapeuta

O fisioterapeuta tem como objetivo (1) minimizar a dor; (2) desfazer o ciclo “tensão-dor-tensão”; (3) ajudar a lidar com a dor; (4) relaxar a musculatura da pelve; (5) melhorar a mobilidade pélvica e a percepção corporal; (6) reduzir posturas antálgicas (postura adotada com o intuito de reduzir a dor); (7) prevenir incapacidade; (8) prevenir contraturas musculares; (9) melhorar a resposta imunológica da mulher; (10) aumentar a disposição física pela resposta cardiorrespiratória e (11) restaurar as funções desejadas pela paciente (PLOGER, 2016).

3.9.2 Recursos Fisioterapêuticos

Dentre os recursos fisioterapêuticos, se incluem (1) eletroterapia (aplicação de correntes indolores que causam analgesia); (2) cinesioterapia (reabilitação por meio de movimentos específicos do corpo); (3) exercícios aeróbicos (pelo menos 30 minutos diários, por exemplo, caminhada); (4) massagem (massagem de vários tipos, reflexologia e etc); (5) terapia manual (recuperar a espontaneidade de movimentos, vitalidade, a expressividade e a sensação de bem-estar do organismo); (6) terapias posturais (ioga, pilates e etc); (7) crioterapia e termoterapia; (8) acupuntura (ajuda aliviar sintomas, melhorando a circulação e estabilizando os hormônios); (9) fitoterapia (plantas e ervas medicinais, e combate também estresse, ansiedade, depressão e etc. Serve para reequilibrar os hormônios e também diminuir a inflamação no tecido) e (10) homeopatia (diminuição da inflamação, alívio da dor, equilíbrio hormonal e melhora na fertilidade) (PLOGER, 2016).

4 DISCUSSÃO

Lorenzatto (2002) relata importância sobre uma equipe multidisciplinar, pois pacientes com endometriose pode apresentar ansiedade, principalmente depressão (precisa de psicólogos), e na maioria dos casos também sentem muita dor pélvica. Já Cardoso (2014) diz que um dos maiores causadores da incontinência urinária (IU) seria pela endometriose, em sua conclusão como tratamento fisioterapêutico, exercícios cinesioterapêuticos em suas funções de fortalecimento, educação e prevenção, trabalhando no assoalho pélvico. E Junior (2008), que a ressonância magnética não é tão eficaz para ver a doença, por isso necessitam de vários tipos de exame.

5 CONCLUSÃO

Podemos concluir que a endometriose é uma doença sem cura, tem cirurgia, porem, ela pode voltar. Pode causar infertilidade, mas também não são em todos os casos. É uma doença de muita dor e que pode causar até uma depressão e outras doenças. Podemos procurar ajudar de um fisioterapeuta para melhoria da dor e melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, Maurício. Et al. Endometriose, a Mulher Moderna e o Brasil, 2007. Disponível em <http://files.comunidades.net/professorsiraqui/endometriose_a_mulher_moderna_e_o_brasil.pdf>. Acesso em Maio de 2016.

Associação Brasileira de Endometriose e Ginecologia Minimamente Invasiva. Endometriose, 2014. Disponível em <<http://www.sbendometriose.com.br/site/conteudo.aspx?IdConteudo=102>>. Acesso em 2016.

CARDOSO, K. Et al. Intervenção fisioterapêutica na incontinência urinária de esforço causada pela endometriose: estudo de caso, 2014. Revista Eletrônica Acervo Saúde. Disponível em <http://acervosaud.dominiotemporario.com/doc/artigo_057.pdf>. Acesso em abril de 2016.

JUNIOR, A. ET AL. Ressonância magnética na endometriose pélvica profunda: ensaio iconográfico, 2008. Disponível em: http://files.comunidades.net/professorsiraqui/Ressonancia_magnetica_na_endometriose_pelvica.pdf. Acesso em abril de 2016.

KOPELMAN, A. Endometriose no ovário, 2015. Disponível em <<http://www.endometriose.net.br/diagnostico/endometriose-no-ovario/7>>. Acesso em Maio 2016.

LORENZATTO, C. Et al. Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica, 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/ramb/v48n3/11818.pdf>>. Acesso em Maio – 2016.

PASSOS, Eduardo Pandolfi. et al. Videolaparoscopia. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 302-322.

SOUZA, Carlos Augusto B. et al. Endometriose. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 144-158.

PLOGER, C. Tratamento auxiliar, fisioterapia, 2016. Disponível em <<http://www.endometriose.med.br/fisioterapia>>. Acesso em Junho 2016

RAMOS, S. Endometriose, 2015. Disponível em <<http://www.gineco.com.br/saude-feminina/doencas-femininas/endometriose/>>. Acesso em Maio de 2016.

RAMOS, S. O que é menstruação?, 2015. Disponível em <<http://www.gineco.com.br/saude-feminina/menstruacao/o-que-e/>>. Acesso em Abril de 2016.

SEDICIAS, S. Entenda como funciona o Ciclo Menstrual, 2016. Disponível em <<http://www.tuasaude.com/ciclo-menstrual/>>. Acesso em Maio de 2016.

SEDICIAS, S. Tipos de Endometriose, 2013. Disponível em <<http://www.tuasaude.com/tipos-de-endometriose/>>. Acesso em Maio de 2016.

SCHOR, E. Curiosidades, 2016. Disponível em: <http://www.endometriose.med.br/>. Acesso em Maio de 2016.

UENO, J. Laparoscopia x Laparotomia, 2013. Disponível em: <<http://laparoscopiaginecologica.net.br/2013/07/laparoscopia-x-laparotomia/>>. Acesso em Maio 2016.

VARELLA, D. Endometriose: entrevista, 2013. Disponível em: <
<http://drauziovarella.com.br/mulher-2/endometriose-3/>>. Acesso em Maio 2016.