

ABLAÇÃO ENDOMETRIAL EM CONTRASTE À HISTERECTOMIA NO CONTEXTO DO SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL

ENDOMETRIAL ABLATION IN CONTRAST WITH HYSTERECTOMY IN THE CONTEXT OF ABNORMAL UTERINE BLEEDING

JULIANA FIALHO CAIXETA **BORGES**^{1*}, SAMYRA SARAH SOUZA **MARQUES**², JORDANA FIALHO CAIXETA **BORGES**³, CAMILA FIALHO CAIXETA **BORGES**³, PEDRO MACIEL **PEREIRA**⁴, PEDRO HENRIQUE **RODRIGUES**⁴, LUCAS BORGES **MENDES**⁴, JOSÉ HELVÉCIO KALIL DE **SOUZA**⁵

1. Acadêmica de Medicina-FAMINAS/BH (Faculdade de Minas); 2. Graduada em Farmácia pela Faculdade Pitágoras; Acadêmica de Medicina-FAMINAS/BH (Faculdade de Minas); 3. Graduada em Medicina pela Faculdade Atenas; 4. Acadêmico de Medicina – UNIFENAS/BH (Universidade José do Rosário Vellano); 5. Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais; Graduado em Direito pela Faculdade Pitágoras. Doutor em Medicina pela UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais). Coordenador do Núcleo de Saúde da Mulher da Faculdade de Minas - FAMINAS-BH (Faculdade de Minas).

* Rua Pedro Chico, 49, Centro Velho, Vazante, Minas Gerais, Brasil. CEP: 38780-000. julianafialhocb@hotmail.com

Recebido em 16/05/2017. Aceito para publicação em 05/06/2017

RESUMO

O sangramento uterino anormal é uma das queixas ginecológicas mais comuns, sendo ele causado por fatores anatômicos, hormonais ou gravidez complicada. As opções terapêuticas envolvem tratamento farmacológico, ablação endometrial e histerectomia, para redução parcial ou total do sintoma. As discussões acerca das variáveis em busca do sucesso da escolha terapêutica envolvem as necessidades particulares da paciente, e devem analisar riscos, benefícios, custos e o fator etiopatogênico do sangramento. As bases de dados LILACS, SCIELO e PubMed foram consultadas no período de Fevereiro a Junho de 2015, com o interesse de elucidar os aspectos que fazem a terapia diferir com sucesso ou não em cada paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Sangramento uterino anormal, ablação endometrial, histerectomia, menometrorragia, gravidez após ablação.

ABSTRACT

Abnormal uterine bleeding is one of the most common gynecological complaints, being caused by anatomical factors, hormonal or complicated pregnancy. Therapeutic options involve pharmacological treatment, the endometrial ablation and hysterectomy for partial or total reduction of the symptom. Discussions about the variables searching for success of therapeutic choice involve the particular needs of the patient, and should analyze risks, benefits, costs and the etiopathogenic factor of bleeding. The databases LILACS, SciELO and PubMed were consulted in the period February to June 2015, with interest to elucidate the aspects that make the therapy differ successfully or not in each patient.

KEYWORDS: Abnormal uterine bleeding, endometrial ablation; hysterectomy, menometrorrhagia; pregnancy after ablation.

1. INTRODUÇÃO

Sabe-se que o ciclo menstrual dura cerca de 24 a 34 dias, tendo o fluxo menstrual duração média de três a oito dias, com conteúdo de aproximadamente 30 a 80 mililitros. Quaisquer situações que desobedeçam um ou estes três parâmetros, caracteriza sangramento uterino anormal, fazendo necessário investigação clínica para resolução do quadro¹.

O sangramento prolongado, acima de oito dias ou uma quantidade acima de 80 mililitros, ou a associação de ambos, é denominado hipermenorrea¹.

Motivo mais comum de uma consulta ginecológica, o sangramento uterino anormal, é causado, frequentemente, por pólipos endometriais, miomas – principalmente os submucosos –, hiperplasia e câncer do endométrio².

O sangramento uterino anormal de origem exclusiva de estímulo hormonal inadequado sobre o endométrio, recebe a denominação de sangramento uterino disfuncional, sendo aplicado um tratamento à base de hormônios, se falhar, com certeza não será disfuncional, sendo necessário alterar a propedêutica, buscando identificar a real causa orgânica¹.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Foram pesquisados nas bases de dados LILACS, SCIELO e PubMed, com fator de inclusão artigos publicados à partir de 1999, utilizando as palavras chaves sangramento uterino anormal, ablação endometrial, histerectomia, menometrorragia, gravidez após ablação. Sendo

que foram utilizados ao todo 16 artigos.

3. DESENVOLVIMENTO

Tratamento do sangramento uterino anormal

O sangramento anormal hoje pode ser tratado de diversas maneiras, o tratamento é diferenciado levando em consideração as patologias e as variantes anatômicas, hormonais, de idade de cada mulher na hora de escolher o melhor procedimento.

O sangramento anormal hoje pode ser tratado de diversas maneiras, o tratamento é diferenciado levando em consideração as patologias e as variantes anatômicas, hormonais, de idade de cada mulher na hora de escolher o melhor procedimento. Segundo Arteiro e Martinho (2013)³, o tratamento de primeira linha da menorragia é a terapêutica médica e as opções disponíveis são progestativos, estroprogestativos, agentes antifibrinolíticos, anti-inflamatórios não esteroidais e o sistema intrauterino com levonorgestrel (SIU-LNG). Considerando todos os citados com exceção do sistema intrauterino com levonorgestrel há eficácia que varia, assegurando apenas 50% da perda menstrual excessiva. Já se tratando do sistema intrauterino com levonorgestrel há uma eficácia de redução da perda menstrual excessiva de 94% aos 3 meses sendo por isso considerado tratamento de primeira linha na menorragia.

De acordo com Kaunitz (2009)⁴, em uma meta análise sobre o tratamento comparado de menorragia por ablação endometrial e por sistema intrauterino com levonorgestrel são semelhantes no que dizem respeito a melhoria na qualidade de vida das mulheres e a eficácia dos dois métodos são parecidas após dois anos de tratamento. O sistema intrauterino com levonorgestrel é atualmente o método de primeira escolha em mulheres em situações de menorragia particularmente aquelas que desejam preservar a sua fertilidade, limitando a abordagem cirúrgica para situações de fracasso do tratamento médico, segundo Arteiro e Martinho (2013)³.

Pacientes portadoras de SUA não responsivos ao tratamento clínico não apresentavam outra alternativa senão a histerectomia. Agentes químicos e físicos há anos caíram em desuso devido a altos índices de falha terapêutica e complicações diversas. Nesse contexto surge a ablação endometrial como alternativa à histerectomia com vantagens concretas. Um procedimento menos dispendioso, de menor custo, menor tempo de hospitalização, recuperação mais rápida e resultados satisfatórios⁵.

Ablação endometrial

Segundo Arteiro e Martinho (2013)³, a ablação é recomendada no tratamento das mulheres na pré-menopausa, que não desejam ter mais filhos, ou seja, de planejamento familiar cumprido e quando a terapêutica médica foi ineficaz ou é mal tolerada e, principalmente, quando há risco

cirúrgico envolvido.

Para Arteiro e Martinho (2013)³ as contraindicações são particulares de cada método, no entanto, elas permeiam em doentes com o risco acrescido de hiperplasia ou carcinoma do endométrio, mulheres obesas, diabéticas, hipertensas, fumantes, com antecedentes de anovulação crônica ou história familiar de cancro no endométrio. Idades mais jovens, presença de patologia intrauterina associada e um corpo uterino de maiores dimensões estão estatisticamente relacionados com uma alta taxa de insucesso na realização de ablação endometrial.

Há de se ressaltar a necessidade de exames para documentar a ausência de lesão maligna ou pré-maligna na cavidade uterina. A mulher deve ser avaliada por histeroscopia, ecografia ou histerossonografia para excluir a presença de miomas submucosos e pólipos ou anomalias mullerianas⁶.

De acordo com Arteiro e Martinho (2013)³, na fase pré-operatória há necessidade de preparo do endométrio com agendamento para a fase folicular, dilatação e curetagem e uma terapêutica hormonal associada. A maioria dos procedimentos são feitos com opções anestésicas de bloqueio cervical ou para cervical com ou sem sedação, mas anestesia loco-regional ou geral mesmo em ambiente ambulatorial é muito frequente.

Conforme Arteiro e Martinho (2013)³, as técnicas de ablação do endométrio são divididas em ablação de primeira geração, ou standard, que são realizadas com controle histeroscópico e utilizam o ressectoscópio/histeroscópio e uma fonte de energia que podem ser laser, monopolar ou bipolar. O uso de ansa de resseção permite o envio de material para exame histológico. A técnica de segunda geração ou ablação global do endométrio realizam uma destruição às cegas através de dispositivos libertadores de diferentes tipos de energia, incluindo crioterapia, circulação de fluido aquecido, balão térmico, radiofrequência, micro-ondas e energia laser. As técnicas de primeira geração envolvem diversos riscos que vão desde necessidade de maior experiência do cirurgião até hemorragia, perfuração uterina, lesão térmica e complicações infecciosas. As de segunda geração foram desenvolvidos com objetivo de serem mais simples, seguras com taxas de sucesso mais elevadas, com maior potencial de serem realizadas em consultórios já que os cinco dispositivos de ablação global aprovados pela FDA podem ser usados em ambulatorio. Os sistemas aprovados são do Balão térmico intrauterino, de crioablação do endométrio, de ablação hidrotérmico, de ablação endometrial por radiofrequência bipolar e de ablação endometrial por micro-ondas. Cada um específico para um tipo de mulher, tamanho de útero, espessura do endométrio e da cavidade uterina e biótipos pré-determinados.

Gravidez após a ablação

Uma das consequências importantes da ablação é a capacidade pequena ou quase inexistente de ocorrer uma gravidez, já que nessa terapêutica há ressecção das camadas funcional e basal do endométrio. Damião (1999)⁷ afirmou que ocorrendo gravidez após a ablação em geral há maior risco pré-natal explicado pelo fato de a ablação endometrial causar sinéquias uterinas, dificultando assim a implantação do ovo. Isso pode trazer consequências como, por exemplo, abortamento, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, placenta increta ou percreta, ruptura uterina, trabalho de parto prematuro e restrição do crescimento intrauterino.

Analisando 2585 ablações de endométrio, encontraram 26 gestações, sendo que, 19 pacientes evoluíram para abortamento no primeiro trimestre e as sete restantes para parto a termo, segundo Damião (1999)⁷ e Mongelli e Evans (1999)⁸.

Porém, já foram relatados casos em que ocorreu a gestação e esta se deu a termo, sem complicações. Como descrito por Damião (1999)⁷, de um caso de uma mulher de 40 anos que foi diagnosticada com sangramento uterino disfuncional e ela se mostrou refratária a terapêutica hormonal, sem causas anatômicas associadas. Foi então indicada ablação endometrial, após a administração de análogos do GnRH por 12 semanas e a cirurgia sendo realizada com a técnica de redução endometrial, preservando a região 1 cm acima do orifício interno. A cirurgia transcorreu com sucesso e a paciente afastou a possibilidade de medidas de anticoncepção cirúrgicas. Sete meses depois a paciente retornou ao serviço médico com suspeita de gravidez. A gestação foi de risco, mas sem complicações/intercorrências obstétricas. Foi submetida a cesárea originando um recém-nascido vivo, com peso de 4210 g e escores de Apgar de 9 e 10, respectivamente ao primeiro e ao quinto minutos, não havendo intercorrências neonatais.

Refratariedade ao tratamento farmacológico e ablação endometrial

A tentativa de realizar um tratamento farmacológico ou a ablação endometrial para diminuir o sangramento uterino anormal pode ter insucesso. De acordo com Takahashi *et al.* (2012)⁹, a recorrência do sangramento uterino anormal no tratamento com ablação endometrial ocorre em 10 a 20% das mulheres após um ano de seguimento. Segundo Rodrigues *et al.* (2001)⁵, o aparecimento de quinze mulheres refratárias (23,5%) à ablação dentre as sessenta e quatro acompanhadas em seu estudo estava relacionado principalmente à idade e presença de mioma pré-operatório. Pacientes mais jovens obtiveram resultados piores quando comparadas com as de maior idade, o que sugeriu que o método apresenta melhores resultados na perimenopausa. Observou-se também que a presença de mioma submucoso ou intramural detectados na histeroscopia pré-operatória estava relacionada à possibilidade

de falha na ablação endometrial. Um estudo atualizado realizado por Arteiro e Martinho (2013)³ também relacionou as falhas a mulheres mais jovens, à presença de patologia intrauterina associada, e a um corpo uterino de maiores dimensões. Para Bourdreux, Bongers e Mol (2004)¹⁰, a maioria das mulheres estavam dispostas a aceitar a possibilidade de falha dos tratamentos a fim de evitar a histerectomia, mostrando a preferência por procedimentos menos invasivos. Porém, em um estudo realizado por Learman *et al.* (2004)¹¹, onde comparou-se a histerectomia com o tratamento farmacêutico, 37% das mulheres tratadas com fármacos persistiram com sangramento, e 53% do grupo de tratamento farmacológico realizaram histerectomia posteriormente. Nas pacientes refratárias ao tratamento farmacológico após investigação da causa do sangramento com fornecimento de informações completas para a paciente, a histerectomia pode ser indicada¹². Além dos casos em que há presença de mioma provocando anemia e/ou outras complicações importantes, desejo de amenorreia plenamente informado pela paciente e não pretensão de manter a fertilidade¹³.

A histerectomia realizada pela indicação correta possui elevada taxa de amenorreia e elevados índices de satisfação com o procedimento. Às mulheres que pretendem realizá-la, deve ser oferecida uma discussão com o médico sobre a sexualidade, o impacto na fertilidade e no psicológico, a função da bexiga e as possíveis complicações cirúrgicas como hemorragia intraoperatório ou danos a órgão abdominais e risco de possível perda de função ovariana mesmo com a manutenção dos ovários¹⁴.

Resultados da ablação

Em estudo transversal para análise estatística dos dados, Takahashi *et al.* (2012)⁹ observou que após feita a ablação, em cinco anos de seguimento a taxa de sucesso da ablação endometrial tem variado de 67% a 92%. A recorrência dos sintomas após um período de melhora não indica o insucesso do procedimento, uma vez que o objetivo da ablação é a hipomenorreia, devendo ser revisto o caso e considerado a histerectomia como forma de tratamento.

4. DISCUSSÃO

De acordo com Kaunitz (2009)⁴, em uma meta análise sobre o tratamento comparado de menorragia por ablação endometrial e por sistema intrauterino com levonorgestrel são semelhantes no que dizem respeito a melhoria na qualidade de vida das mulheres e a eficácia dos dois métodos são parecidas após dois anos de tratamento.

Há evidências que confirmam a melhor escolha custo benefício do sistema intrauterino com levonorgestrel em detrimento da ablação endometrial, já que as taxas de satisfação eram semelhantes. O sistema intrauterino com levonorgestrel é atualmente o método de primeira escolha

em mulheres em situações de menorragia, particularmente aquelas que desejam preservar a sua fertilidade, limitando a abordagem cirúrgica para situações de fracasso do tratamento médico, segundo Arteiro e Martinho (2013)³. Entretanto, o método de escolha deve ser sempre individualizado, respeitando a escolha e as variantes etiológicas do sangramento da paciente.

Após a ablação endometrial a possibilidade de gestação é menor, mas não inexistente, pois há preservação do endométrio na cérvix e nas tubas levando a relatos de casos de gravidez pós ablação com um risco superior de complicações obstétricas. Por esse motivo recomenda-se o uso de métodos contraceptivos em mulheres sexualmente ativas¹⁵. Contudo, há poucos relatos de caso na literatura acerca da gravidez pós ablação. Um dos motivos para que isso seja ocasionado é a omissão de resultados negativos, em benefício daqueles que realizam o procedimento, tratando-se de um viés de informação. Há, paralelamente, a falta de estudos posteriores ao procedimento da ablação que nem sempre são realizados por um longo segmento de tempo, podendo gerar, também, viés de diagnóstico, já que, talvez, posteriores gravidezes não sejam estudadas e constatadas.

A ablação endometrial tem se mostrado uma opção de tratamento vantajosa, mantendo altos índices de satisfação das pacientes, mesmo em seguimentos a longo prazo. A curto e médio prazo, são evidentes seus benefícios em relação aos riscos e complicações da histerectomia, com menor tempo cirúrgico, menos morbidades cirúrgicas, menor tempo de hospitalização, retorno mais rápido às atividades diárias e alto índice de satisfação das pacientes⁹. Em pesquisa realizada em alguns hospitais de estados distintos do território brasileiro sobre o custo da internação para ablação endometrial constatou-se que a média do valor do procedimento é de 3.300 reais. Em Belo Horizonte-MG alterna de 3 a 4 mil reais, o mesmo valor foi encontrado em Cuiabá – MT. Em Presidente Prudente – SP de 3 a 3.500 mil reais, assim como em Marília – SP, enquanto em Umuarama – PR o valor é de 3 mil reais.

Os métodos de ablação endometrial introduzidos na década de 80, classificados na primeira geração são vantajosos pois apresentam baixa morbidade e altos índices de satisfação. Além disso, pode-se retirar material para análise anatomopatológica, sendo que o procedimento é realizado através de visualização direta. Porém, demandam profissionais treinados, alto custo e complicações como perfuração e intoxicação hídrica. A ablação endometrial de segunda geração, que tem como representantes NovaSure® (ablação térmica por radiofrequência), ELITT (endometrial laser intrauterinethermotherapy), Cryogen®, ThermaChoice®, tem como fatores positivos a fácil execução, ausência de intoxicação hídrica, índice de satisfação similares aos das técnicas de primeira geração, menor tempo de execução e possibilidade de anestesia

local. As técnicas de segunda geração têm como fatores negativos a ablação às cegas, um alto custo, complicações que são identificadas tardiamente, sem material para anatomopatologia, há a necessidade de instrumental específico para tal e uma avaliação prévia da cavidade¹⁶.

Embora infrequentes, a realização da ablação endometrial pode apresentar complicações como hemorragia, perfuração uterina, perfuração uterina com lesão visceral, overload (sobrecarga de líquido maior que dois litros) e overload com repercussão clínica⁵.

Segundo Arteiro e Martinho (2013)³, a opção cirúrgica de eleição é a histerectomia, com 100% de taxas de amenorreia. Essa constatação evidencia que somente a histerectomia garante total eficácia quanto a parada definitiva do sangramento uterino anormal. Os outros métodos visam a diminuição dos sintomas que incomodam a paciente queixosa, mas podem não os eliminar completamente. Contudo, essa verdade não altera sua eficácia, que está relacionada a expectativa e satisfação da paciente quanto ao método.

5. CONCLUSÃO

A escolha para o tratamento do sangramento uterino anormal por ablação envolve não só os fatores constitucionais de cada paciente como também fatores como a expectativa da mulher na possibilidade de alcançar a hipomenorréia, refratariedade a outras técnicas menos invasivas e disponibilidade de cirurgiões capacitados, sendo peculiares.

REFERÊNCIAS

- [1] Machado LV. Sangramento Uterino Disfuncional. Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo, v. 45, n. 4, ago. 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302001000400010>>. Acesso em 10 mar. 2015.
- [2] Albuquerque LGT De, Hardy E And Bahamondes L. Histerossonografia: avaliação da cavidade uterina com sangramento anormal. Rev. Assoc. Med. Bras., Ago 2006, vol.52, no.4, p.247-250. ISSN 0104-4230
- [3] Arteiro D, Martinho M. Endometrial ablation. Acta obstétrica e ginecológica portuguesa, p. 285-292, 2013.
- [4] Kaunitz A., Meredith S, Inki P, Kubba A. & Sanches – Ramos L. Levonorgestrel-releasing intrauterine system and endometrial ablation in heavy menstrual bleeding: A systematic review and meta-analysis. Obstetrics and Gynecology, 113(5), 1104-1116, 2009.
- [5] Rodrigues FF, *et al.* Ressecção Histeroscópica do Endométrio: Resultados e Fatores de Risco para Insucesso. RBGO, v. 23, nº 7, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v23n7/11323.pdf>>. Acesso em 26 abr. 2015.
- [6] Viscomi F, Martins J, Pastore M. Ablação histeroscópica do endométrio no tratamento da menorragia: seguimento de 200 casos. Rev Bras Ginecol Obstet, v. 23, n. 3, 2001.
- [7] Damião RS, *et al.* Gestação de Termo após Ablação Endometrial. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. v.

21, nº 5, 1999.

- [8] Mongelli JM, Evans AJ. Pregnancy after transcervical endometrial resection. *Lancet* 1999; 338: 578-9.
- [9] Takahashi WH, *et al.* Ablação histeroscópica do endométrio: resultados após seguimento clínico de 5 anos. *Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia*, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n2/a07v34n2.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2015.
- [10] Bourdrez P, Bongers M, Mol BEN. Treatment of dysfunctional uterine bleeding: patient preferences for endometrial ablation, a levonorgestrelreleasing intrauterine device, or hysterectomy. *Fertility and Sterility*, v. 82, p. 160-166, jul. 2004.
- [11] Learman LA, *et al.* Hysterectomy versus expanded medical treatment for abnormal uterine bleeding: Clinical outcomes in the medicine or surgery trial. *Obstetrics and Gynecology*, v. 103, p. 824-833, maio 2004.
- [12] Lefebvre G, *et al.* Hysterectomy. SOGC Clinical Practice Guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada: JOGC*, p.37-61, jan. 2002.
- [13] Schilling J, *et al.* Swiss consensus guidelines for hysterectomy. Swiss Society of Gynecology and Obstetrics. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, p. 297-305, 1999.
- [14] National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Heavy Menstrual Bleeding, cap.12, p. 89-101, jan. 2007.
- [15] Silveira FA. ABLAÇÃO DE ENDOMÉTRIO.
- [16] Mcgurgan Paul, O'donavan P. Endometrial ablation. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, Southmead Hospital, Bristol, Reino Unido, v. 15, n. 4, 2003. Disponível: <<http://journals.lww.com/coobgyn/pages/articleviewer.aspx?year=2003&issue=08000&article=00006&type=abstra>>. Acesso em: 02 jun. 2015.