

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 1ª UJ - 1º JD

COMARCA: Montes Claros

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2022.0003220

IDADE: 50 anos

Sexo: Feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: N80.9

PEDIDO DA AÇÃO: Procedimento/Exame complementar Ultrassonografia transvaginal com preparo para avaliar endometriose

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Endometriose

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 13.367, 42224

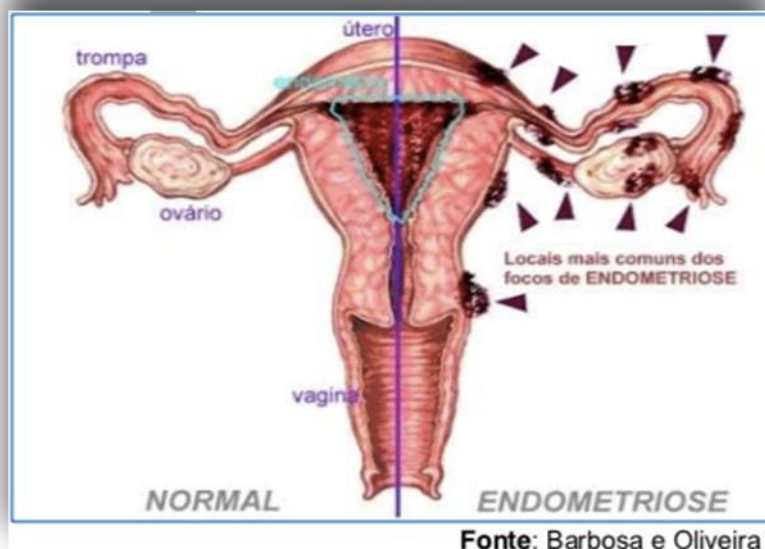
II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Informação sobre os medicamentos pretendidos, bem como sobre o tratamento prescrito e competência para o seu fornecimento

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação datada de 05/10/2010, 29/06/2023 apresentada trata-se de paciente VGSR, **50 anos com diagnóstico endometriose ovariana. Ultrassom endovaginal de 2010 mostra pequena imagem nodular em ovario direito** com sinais de estabilização em relação aos exames anteriores. **Necessita de ultrassom transvaginal com doppler e preparo intestinal.**

A endometriose é doença ginecológica caracterizada pelo desenvolvimento e crescimento de tecido endometrial (estroma e glândulas endometriais) de caráter benigno, fora da cavidade uterina, resultando em reação inflamatória crônica. As localizações mais comuns de sua ocorrência são ovários, fundo de saco posterior e anterior, folheto posterior do ligamento largo, ligamentos uterossacos, útero, tubas uterinas, peritônio, cólon sigmoide, apêndice, reto, ligamentos redondos, a bexiga.



Pode surgir logo após as primeiras menstruações e não costuma ser encontrada nas mulheres que tiveram mais de um filho. É diagnosticada quase que exclusivamente em mulheres em idade reprodutiva; mulheres pós-menopáusicas representam somente 2% - 4% de todos os casos submetidos a laparoscopia por suspeita de endometriose. Como **não há correlação entre sintomatologia e grau da doença** e como para confirmação diagnóstica é necessária a realização de procedimento invasivo de laparoscopia, a determinação da prevalência é difícil. Ocorre em todos os grupos étnicos, com risco aumentado nas asiáticas e tem seu pico de incidência entre 30 e 45 anos de idade. Estima-se uma taxa de prevalência em torno de 10%. Em mulheres inférteis, estes valores podem chegar a índices altos (30% - 60%), sendo um dos principais fatores responsáveis pela infertilidade.

Os principais fatores para a endometriose são: menarca antecipada; ciclos menstruais curtos (menos de 27 dias) com fluxo prolongado (mais de 8 dias) e dor menstrual intensa. A incidência de endometriose **é maior nas mulheres que retardam a gravidez ou nas mulheres com histórico familiar da doença.** Pode haver toxinas ambientais que predispõem à endometriose, como a dioxina. **Gestação e contraceptivos hormonais são protetores.** A etiopatogenia até agora não se encontra perfeitamente elucidada, porém os fundamentos

apontam para a multicausalidade que associa fatores anatômicos, imunes, hormonais e genéticos que podem auxiliar para a criação e também no aperfeiçoamento dos núcleos ectópicos de endometriose. Várias teorias foram postuladas. Fatores hormonais parecem contribuir para doença, já que os implantes endometrióticos podem produzir aromatase, induzidos pelas prostaglandinas E2, levando à produção de estrogênio extraovariano. Isso pode explicar por que a endometriose pode recorrer nas mulheres que se submetem à histerectomia e à salpingo-ooforectomia bilateral. Fatores genéticos por risco de seis a nove vezes maior de desenvolver endometriose em mulheres que possuem um familiar de primeiro grau com a doença. O modo de herança é possivelmente multifatorial. A teoria da implantação, propõe que o tecido endometrial, por meio da menstruação retrógrada, teria acesso a estruturas pélvicas através das tubas uterinas implantando-se na superfície peritoneal, estabelecendo fluxo sanguíneo e gerando resposta inflamatória. A teoria da metaplasia celômica sugere que células indiferenciadas do peritônio pélvico teriam capacidade de se diferenciar em tecido endometrial. A teoria do transplante direto explicaria o desenvolvimento de endometriose em episiotomia, em cicatriz de cesariana e em outras cicatrizes cirúrgicas. Disseminação de células ou tecido endometriais através de vasos sanguíneos e linfáticos explicaria as localizações fora da cavidade pélvica.

A **identificação da doença pode ser tardia**, pois muitas vezes ela se manifesta silenciosamente. **Os sintomas da doença podem surgir na adolescência como cólica menstrual forte, dores durante a relação sexual, entre as menstruações, ao defecar e ao urinar, sangramento na urina ou nas fezes e infertilidade. Muitas as mulheres confundem os sintomas com cólicas menstruais.** Geralmente o quadro se manifesta em mulheres na fase reprodutiva e se limita a menopausa. **As principais manifestações são dor pélvica, sobretudo relacionada à menstruação, infertilidade ou massa pélvica.** A dor apresentar-se como **dismenorreia, dor pélvica crônica** diferente da dismenorreia (cíclica ou não), **dispareunia**

profunda ou dores associadas a defecação ou micção durante a fase menstrual e fadiga crônica. Em geral, ocorrem associação de 2 ou mais sintomas. Como é um motivo de dor pélvica e infertilidade feminina, conduz ao gasto mental e físico, prejudicando em casos sérios as condições de vida dos pacientes, especialmente devido ao atraso da análise. Em geral, sua descoberta torna-se um alívio, visto que junto com a explicação do motivo de suas dores, vem a notícia da não malignidade da doença. O exame ginecológico pode apresentar-se normal, porém dor à movimentação do útero, crescimento do volume ovariano ou retroversão uterina é desconfiança da doença, apesar de que não seja específica. Os espessamentos dos ligamentos uterossacros, lesões violáceas ou as nodulações palpáveis no fórnice vaginal posterior na vagina são os indícios de sugestão de endometriose profunda infiltrativa.

O diagnóstico pode não ser fácil, merecendo atenção médica, já que a clínica das pacientes são variáveis. **Fundamenta-se no exame físico, na história clínica**, exames laboratoriais como CA-125, e **exames de imagem**, dentre os quais a **ressonância magnética da pelve, ecoendoscopia retal (ecocolonosopia), ultrassonografia pélvica e transvaginal com vias urinárias e com preparo intestinal**, cistoscopia e laparoscopia. O diagnóstico pode ser presumido pela história de **dismenorreia, achados no exame físico** (especialmente no toque da vagina) e da frequência de lesões suspeitas nos exames de imagem. Os exames de imagem são indispensáveis para mostrar a extensão da doença e precisarão ser feitos depois da avaliação ginecológica para que o especialista consiga fazer uma apuração mais precisa e orientada. O ultrassom transvaginal tem sensibilidade de 98 e 95%, especificidade de 100 e 98%, VPP de 100 e 98%, VPN de 98 e 97% e acurácia de 99 e 97%, respectivamente. Segundo consenso da European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) e da American Society of Reproductive Medicine (ASRM), o padrão ouro para o diagnóstico é a laparoscopia com inspeção direta da cavidade e

visualização dos implantes, não necessitando de biópsia para confirmação histopatológica. Diante da alta correlação entre achados laparoscópicos e histológicos (97%-99%), a comprovação histológica mediante biópsia oneraria desnecessariamente a investigação.

O estadiamento mais comumente usado é a classificação revisada da ASRM. Esta classificação leva em consideração o tamanho/dimensão, aparência e profundidade dos implantes, localização dos implantes endometrióticos e gravidade das aderências, principalmente tubo-ovarianas e no nível de bloqueio do fundo de saco de Douglas. Assim a doença é classificada em 4 estágios: mínima, leve, moderada ou grave. O estágio I ou doença mínima possui focos endometrióticos isolados e sem aderências significantes; estágio II ou doença leve apresenta lesões livres e dispersas, sem aderências significantes, implantes superficiais com menos de 5cm; estágio III ou doença moderada contém múltiplos implantes, superficiais e profundos com aderências periovariana e peritubária que podem ser evidentes; **estágio 4 ou doença severa/grave, consiste de doença extensa onde há muitos implantes superficiais e profundos, com ocorrência de membranas e aderências densas e firmes e existência de grandes endometriomas.** Outra classificação muito usada permite a classificação endometriose após a videolaparoscopia de acordo com o tipo histológico dos implantes, com a localização anatômica da doença no peritônio, ovário ou septo retovaginal ou pela extensão da doença sobre os órgãos pélvicos. Divide a endometriose em 3 tipos: peritoneal, definida pela existência de implantes na superfície do peritônio; ovariana classificada pela existência de implantes nos ovários e a apresentação de endometriomas e a infiltrativa profunda caracterizada pela existência de implantes com profundidade acima de 5 mm e hiperplasia muscular abaixo de peritônio e fibrose.

A despeito de ser uma doença benigna, é considerada uma doença crônica sem cura. A escolha do tratamento deve levar em

consideração a gravidade dos sintomas, a extensão e localização da doença, o desejo de gravidez, a idade da paciente, efeitos adversos dos medicamentos, taxas de complicações cirúrgicas e custos. Assim o tratamento não há um tratamento ideal para endometriose, devendo o mesmo ser individualizado, levando em conta a consequência da doença, em todo caso os sintomas da paciente com tratamento escolhido em relação a qualidade de vida. O objetivo dos tratamentos é amenizar as lesões endometrióticas, diminuir a dor e outros sinais, e aprimorar a qualidade de vida das mulheres atingidas. Pode ser clínico ou cirúrgico, ou ainda a combinação desses. A eficácia dos tratamentos tem sido medida por avaliações de melhora da dor e taxas de fertilidade.

No Sistema Único de Saúde (SUS) o exame de ultrassom transvaginal com preparo intestinal está disponível sendo sua solicitação e avaliação parte da rotina das equipes de saúde da família, variando de acordo com a análise dos caso. Conforme código 02.05.02.018-6 da tabela SIGTAB, é um exame diagnóstico realizado pela vagina, com bexiga vazia, onde o transdutor (aparelho introduzido suavemente na vagina) tem calibre fino, adequado para o exame, e é protegido por preservativo e um gel lubrificante. que capta imagens do aparelho reprodutor e faz avaliações dos órgãos genitais internos (útero e ovários) quanto a sua normalidade, identificando eventuais patologias como miomas e neoplasias ou para detectar uma gravidez. Pode também ser realizado para controle de ovulação em pacientes que desejam engravidar ou que estejam fazendo tratamento de infertilidade. Não pode ser realizado em mulheres virgens. É considerado procedimento de médio custo na tabela do SIGTAB. Assim, requer fluxos adequados de encaminhamento do paciente à unidade de saúde que realize o referido tratamento com prioridade. A responsabilidade de prover os fluxos para a realização do ultrassom, cabe ao gestor local, no caso o município de Montes Claros de gestão plena.

Conclusão: o caso em tela, trata-se de paciente de 50 anos com

diagnóstico endometriose ovariana. Ultrassom endovaginal de 2010 mostra pequena imagem nodular em ovário direito com sinais de estabilização em relação aos exames anteriores. Necessita de ultrassom transvaginal com doppler e preparo intestinal.

A endometriose é doença ginecológica crônica, benigna, por reação inflamatória crônica devido o desenvolvimento de tecido endometrial fora da cavidade uterina. É mais comumente nos ovários, fundo de saco posterior e anterior, ligamentos uterossacros, folheto posterior do ligamento largo, útero, tubas uterinas, peritôneo, cólon sigmoide, apêndice, reto, bexiga e ligamentos redondos.

O diagnóstico pode não ser fácil, merecendo atenção médica, já que a clínica das pacientes são variáveis. Fundamenta-se no exame físico, na história clínica, exames laboratoriais como CA-125, e exames de imagem, dentre os quais a ressonância magnética da pelve, ecoendoscopia retal (ecocolonosopia), ultrassonografia pélvica e transvaginal com vias urinárias e com preparo intestinal, cistoscopia e laparoscopia. O diagnóstico pode ser pressumido pela história de dismenorreia, achados no exame físico (especialmente no toque da vagina) e da frequência de lesões suspeitas nos exames de imagem. Os exames de imagem são indispensáveis para mostrar a extensão da doença e precisarão ser feitos depois da avaliação ginecológica para que o especialista consiga fazer uma apuração mais precisa e orientada. O ultrassom transvaginal tem sensibilidade de 98 e 95%, especificidade de 100 e 98%, VPP de 100 e 98%, VPN de 98 e 97% e acurácia de 99 e 97%, respectivamente. Segundo consenso da European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) e da American Society of Reproductive Medicine (ASRM), o padrão ouro para o diagnóstico é a laparoscopia com inspeção direta da cavidade e visualização dos implantes, não necessitando de biópsia para confirmação histopatológica. Diante da alta correlação entre achados laparoscópicos e histológicos (97%-99%), a comprovação histológica

mediante biópsia oneraria desnecessariamente a investigação.

A doença **não tem cura. Pode se abordada por tratamento clínico e/ou cirúrgico. A escolha do tipo do tratamento deve considerar a gravidade dos sintomas, a extensão e localização da doença, o desejo de gravidez, a idade da paciente, efeitos adversos dos medicamentos devendo ser individualizado.**

No **SUS o exame de ultrassom transvaginal com preparo intestinal está disponível sendo sua solicitação e avaliação parte da rotina das equipes de saúde da família. Conforme código 02.05.02.018-6 do SIGTAP, é um exame que capta imagens do aparelho reprodutor e faz avaliações dos órgãos genitais internos (útero e ovários) quanto a sua normalidade, identificando eventuais patologias como biomas e neoplasias ou para detectar uma gravidez. Pode também ser realizado para controle de ovulação em pacientes que desejam engravidar ou que estejam fazendo tratamento de infertilidade. Não pode ser realizado em mulheres virgens. É considerado procedimento de médio custo na tabela do SIGTAB. Assim, requer fluxos adequados de encaminhamento do paciente à unidade de saúde que realize o referido tratamento com prioridade. A responsabilidade de prover os fluxos para a realização do ultrassom, cabe ao gestor local, no caso o município de Montes Claros de gestão plena. Assim não há solicitação de procedimento diverso, não contemplado pelo SUS, que requeira avaliação de imprescindibilidade, substituição ou não pelo NATJUS, mas necessidade melhor articulação de fluxos, competência esta, como já dito, do gestor local, o município de Montes Claros, de gestão plena, responsável pela execução do procedimento.**

IV – REFERÊNCIAS:

1. Bassi MA, Podgaec S, Dias Júnior JA, Sobrado CW; Amico Filho N Abrão MS. Endometriose intestinal: uma doença benigna? Rev Assoc Med Bras 2009; 55(5). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n5/29.pdf>.
2. Ministério da Saúde Portaria 879, de 12 de julho de 2016 Aprova

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Endometriose. Disponível em:
<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/02/Portaria-SAS-879-PCDT-Endometriose-12-07-2016-ATUALIZA----O.pdf>.

4. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Endometriose. Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, nº 78. São Paulo, 2021. 15p. Disponível em: <https://sogirgs.org.br/area-do-associado/Endometriose-2021.pdf>

5. Brown J. Farguhar C. Endometriosis: na overview of Cochrane Reviews. **Cochrane Database Syst Rev.**2014, Issue 3. Art. No.: CD009590
Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6984415/pdf/CD009590.pdf>

6. DATASUS. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAP. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0205020186/10/2023>.

V – DATA:

06/11/2023

NATJUS – TJMG