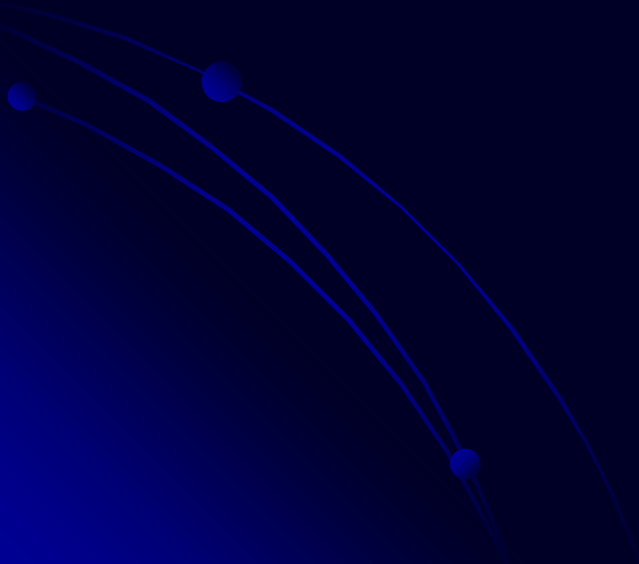


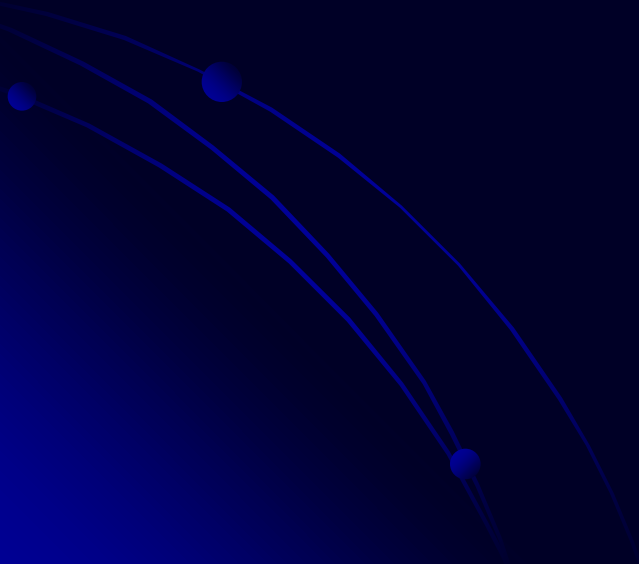
**ISGE & SBE Joint Meeting
I Congresso Brasileiro de
Endometriose e Endoscopia
Ginecológica 2009
Questões Pontuais**

**Prof Dr André Luis F Santos
Disciplina de Ginecologia
UNITAU / 2009**

PÓLIPOS



DEVEMOS RESSECAR TODOS?

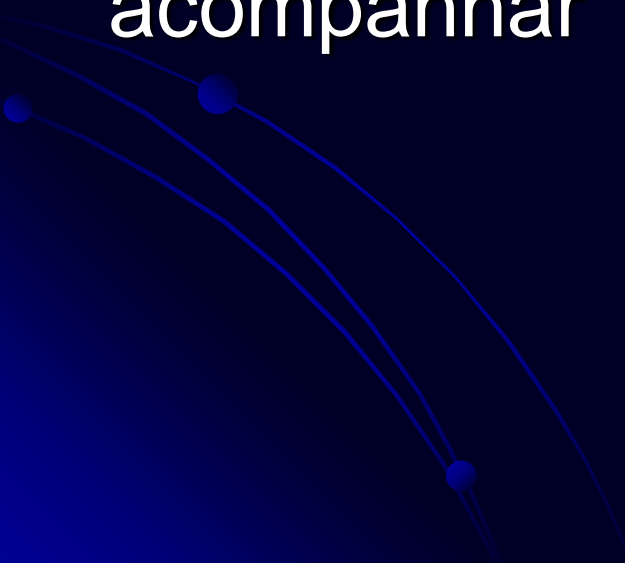


- Concomitância do cervical c/ endometrial: 20 a 30%
- Maior prevalência de endometriose
- Curetagem falha em 40%
- Incidência malignização: 0,5 a 3%
- Única variável – histologia anormal: diâmetro > 18mm
- Fatores de risco: SUA, múltiplos, tamoxifeno, história familiar

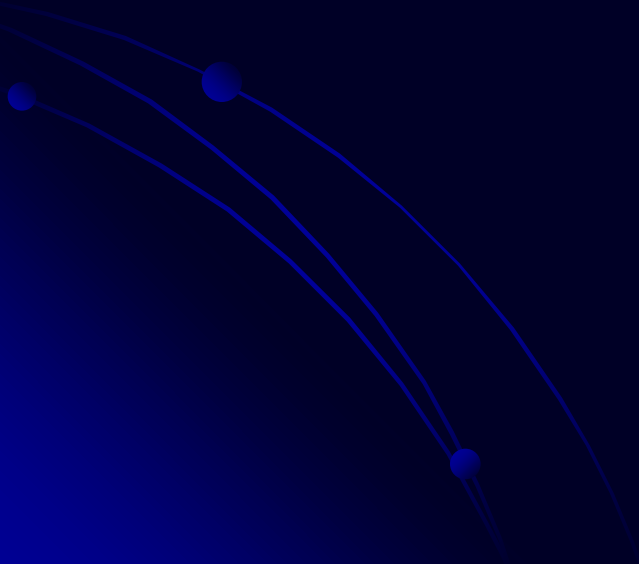
Pólipo x Infertilidade

- Falhas da FIV: 30% alteração histeroscópica (pólipo mais frequente)
- Inférteis: 20% alterações histeroscópicas e USTV prévio normal – pólipo mais frequente
- Perez-Medina (2005): prospectivo e randomizado: tx de gravidez c/ polipectomia: 63% x 28%

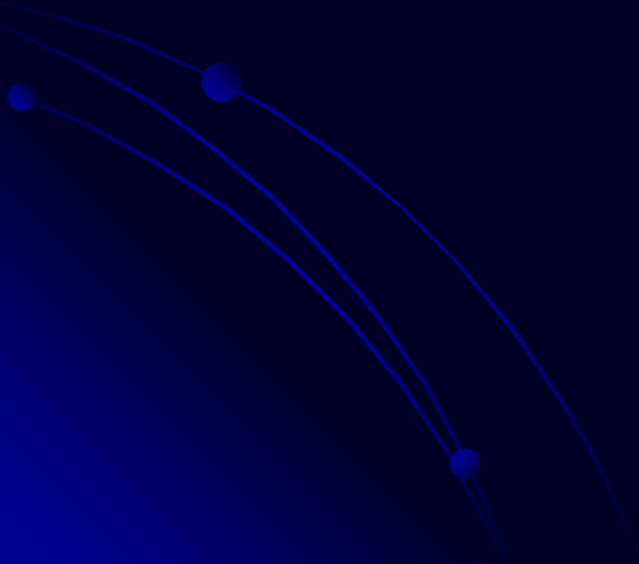
RESPOSTA:

- Tendência a retirar todos: simples e baixo custo
 - Assintomáticas, único e $< 1\text{cm}$: poderia acompanhar
- 

SEPTO




DEVEMOS RESSECAR TODOS?



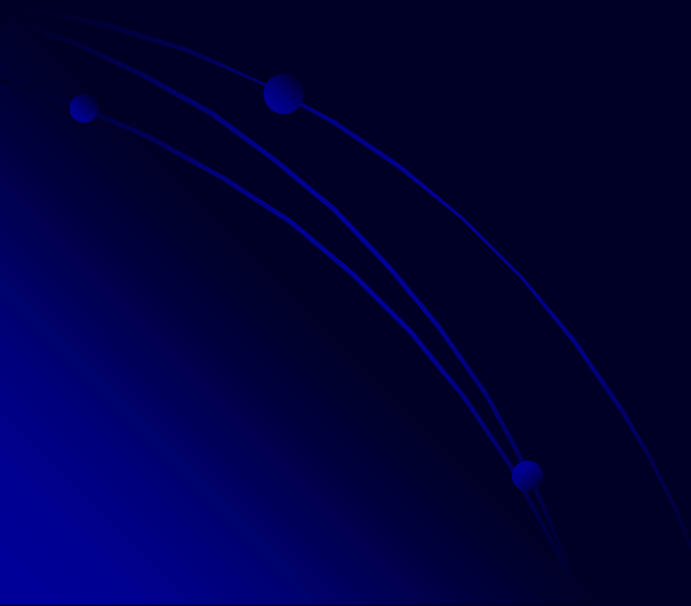
- Significado: desejo reprodutivo
- Pior é o incompleto
- Diagnóstico:
Padrão ouro: histeroscopia c/laparoscopia:100%
US 3D > 90%
- Aborto de repetição: 15 a 48% fator uterino
(sinéquias* e septo)

*Sinéquias: trauma endometrial pós parto e curetagem: diag precoce - >6meses – mucosa p/ fibromuscular e selar o prognóstico

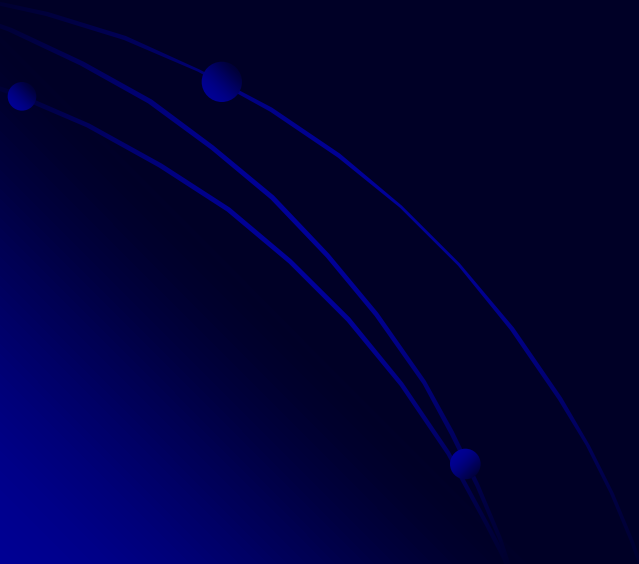
RESPOSTA:

- História de perdas
 - Afastado outras causas de infertilidade
 - Quando indicado FIV
 - Tendência a retirar quando um achado e c
desejo reprodutivo: simples e baixo custo
- 

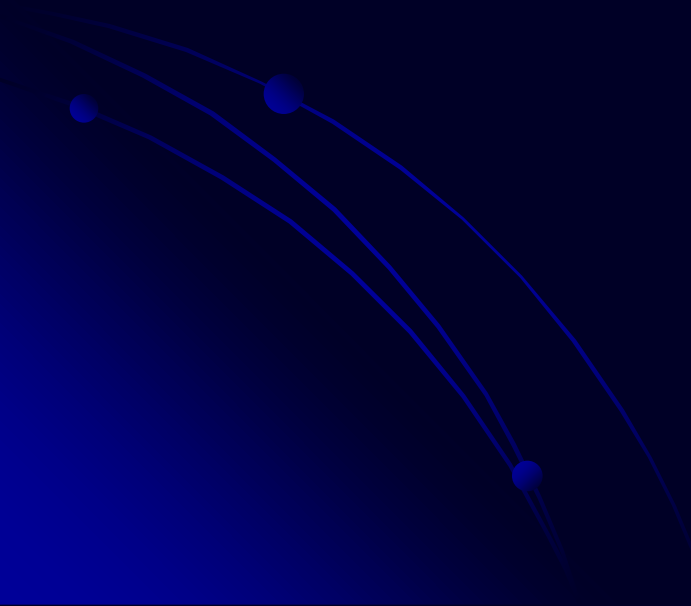
MIOMAS



Quando indicado o tratamento, qual a melhor técnica?



A cirúrgica



TÉCNICAS ALTERNATIVAS

- Embolização
- Ultrassom focalizado de alta intensidade guiado por ressonância magnética (ExAblate):

Miomas até 10cm

Até 6 miomas

Benigno

Localização acessível

- N pedunculares

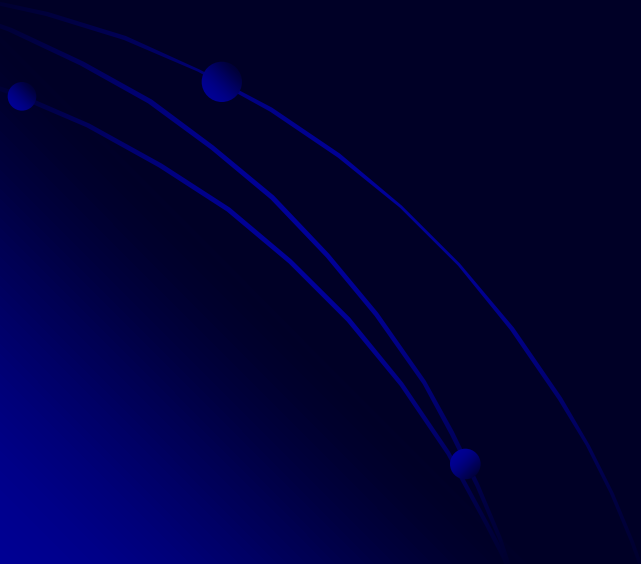
Visíveis a RM não contrastada

Ausência de calcificação

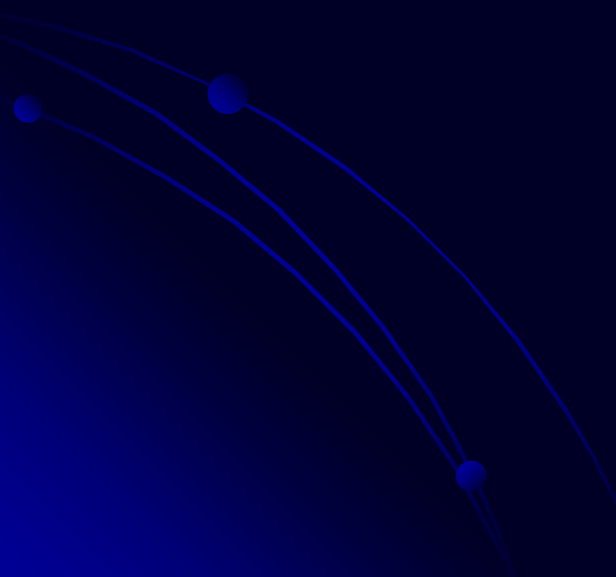
SUBMUCOSO

- Fundamental avaliar componente intramural
- RM melhor método
- Volume, número e invasão: >1 e $>50\%$ intramural – 2 tempos
- Pelo menos 5mm até serosa livre: associar a laparoscopia com a histeroscopia
- Muito útil o uso de análogo prévio

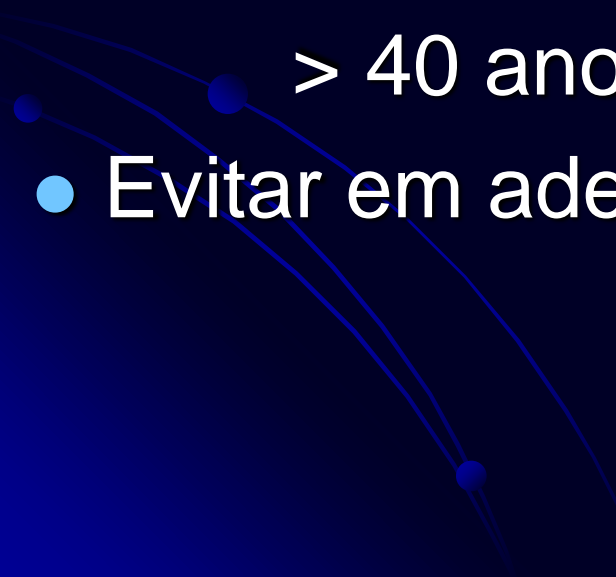
SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL



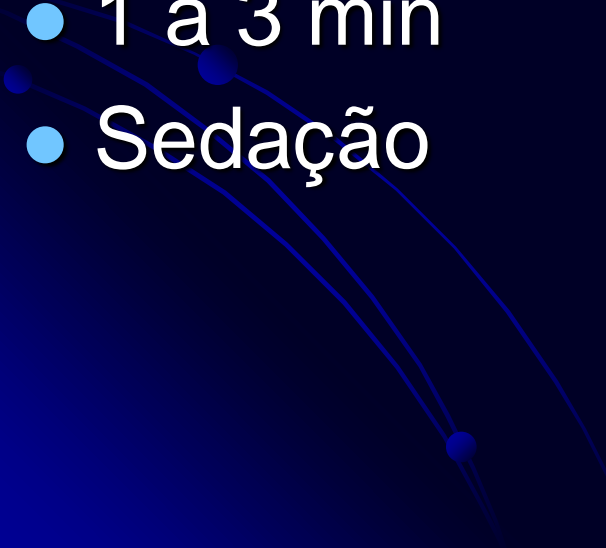
**Nos casos sem alterações orgânicas
significativas e refratários ao
tratamento clínico, qual a melhor
técnica?**



ABLAÇÃO

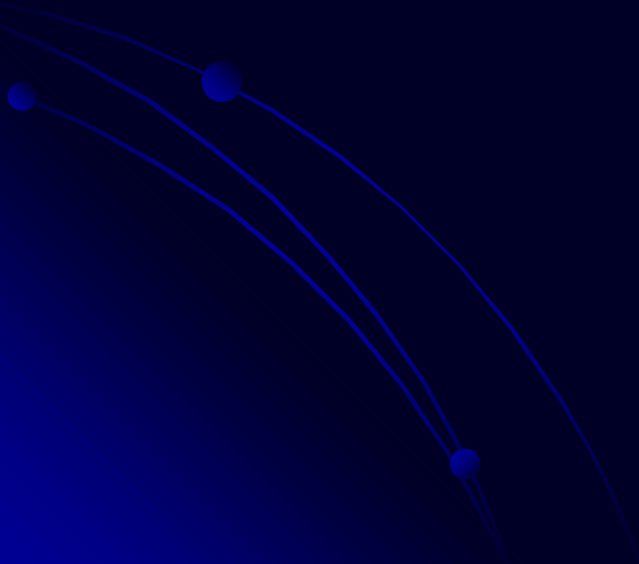
- Mais difundida: ressectoscópio
 - Melhores resultados:
 - útero < 150 cm³
 - < 3 miomas IM
 - > 40 anos
 - Evitar em adenomiose profunda
- 

NOVASURE

- Sistema americano mais utilizado após o ressectoscópio
 - Bipolar tridimensional – impedância
 - Dispositivo descartável - fonte
 - 1 a 3 min
 - Sedação
- 

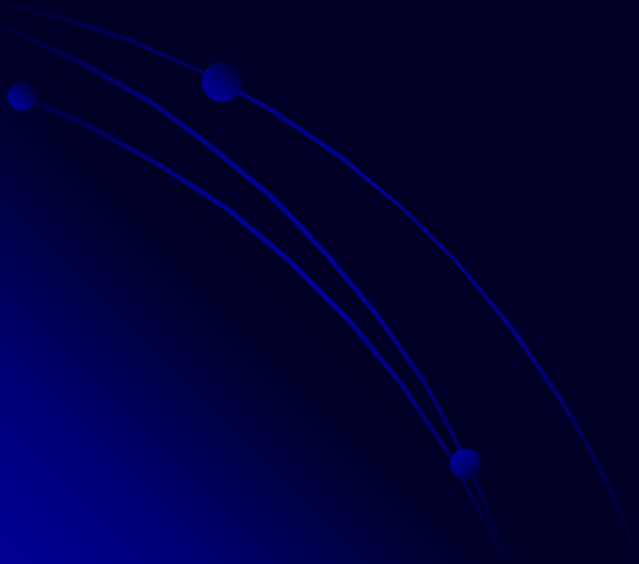
ASSOCIAR INIBIDORES DA AROMATASE* AO ACO E MIRENA

- Imunoistoquímica do endométrio:
expressão da aromatase
- Omega 3

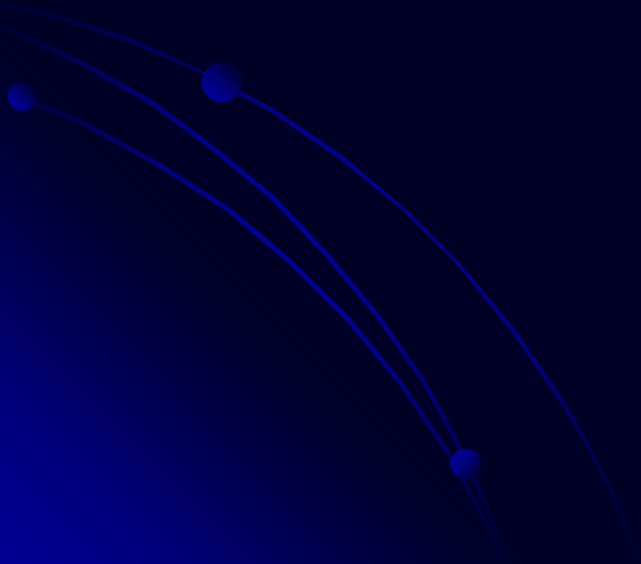


ABLAÇÃO + MIRENA

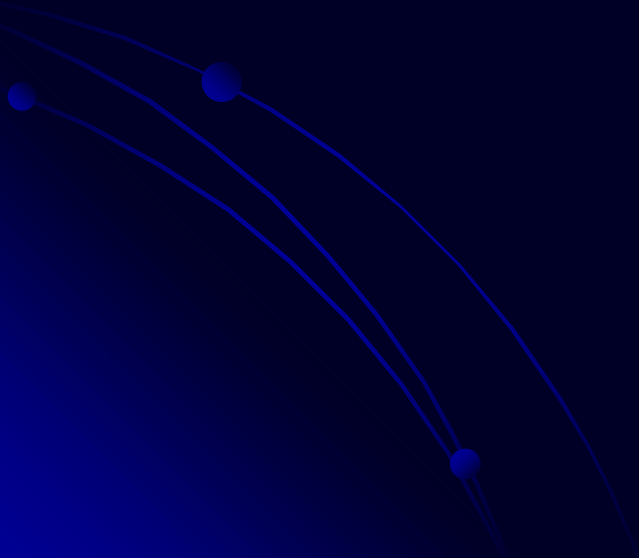
- Ablação não garante contracepção
- Excelentes resultados
- Método “ACM”

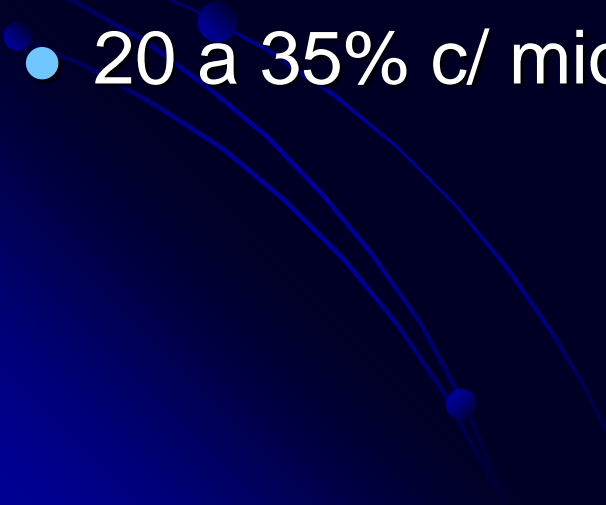


ADENOMIOSE



Qual o real impacto clínico e como tratar?



- Maior incidência > 35 anos e multíparas
 - Jovens inférteis – dramática*
 - Menorragia, dor e impacto na infertilidade
 - Lesões menores e assintomáticas: variantes do normal
 - Dificuldade diagnóstica
 - 20% c/ endometriose (profunda)
 - 20 a 35% c/ miomas
- 

FORMAS

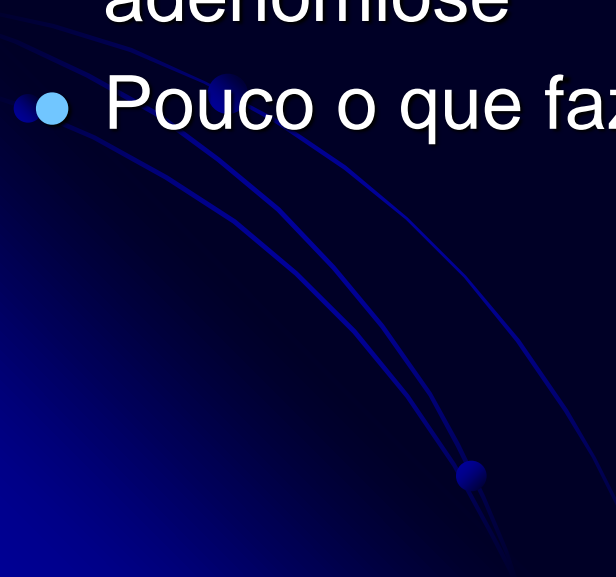
- Comuns: focais e difusas
- Atípicas: nodular (adenomioma) e cística

Adenomioma x mioma: vasos permeiam sem serem deslocados – cirurgicamente mais difícil – irregular, difícil enucleação, sem plano, sangrante e difícil sutura

DIAGNÓSTICO

- Clínico
- USTV e RM: eficientes (>90%)
- RM é melhor qdo doenças associadas
- RM: espessura da zona juncional < 8mm VPN 100%
- Radiologista: difuso ou focal, contornos, conteúdo, vascularização, local e espessura
- CA 125 aumentado

INFERTILIDADE

- Dificulta implantação – ã atinge padrão trilaminar
 - Afeta transporte espermático
 - Alterações biomoleculares
 - Queda significativa na reprodução assistida
 - 80% das inférteis c/ endometriose tinham adenomiose
 - Pouco o que fazer
- 

TRATAMENTO

- Mais adequado: HTA
- Inférteis: conservador

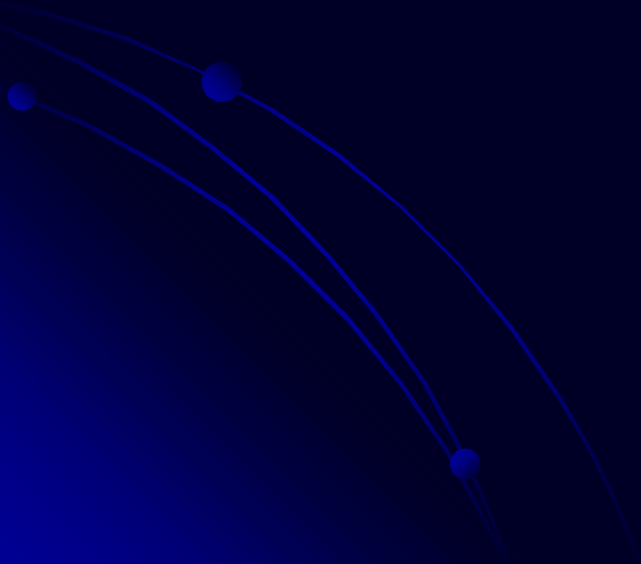
Ressecção cirúrgica

US focal de alta intensidade

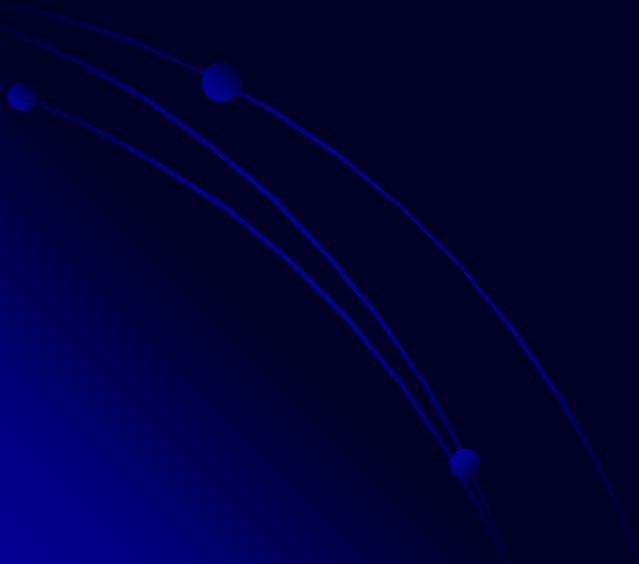
Mirena

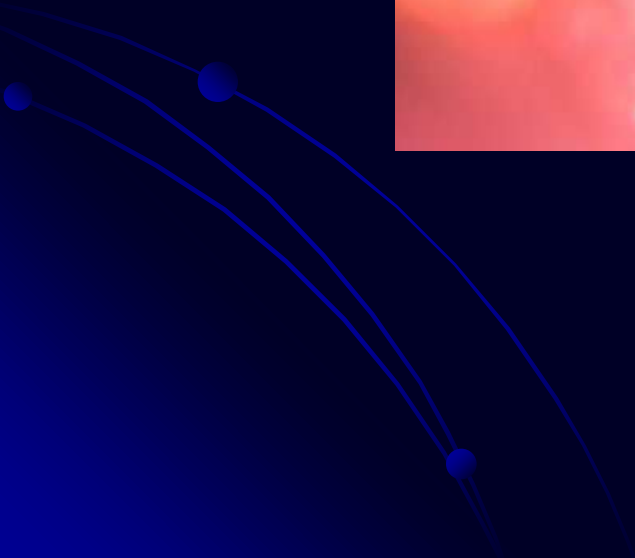
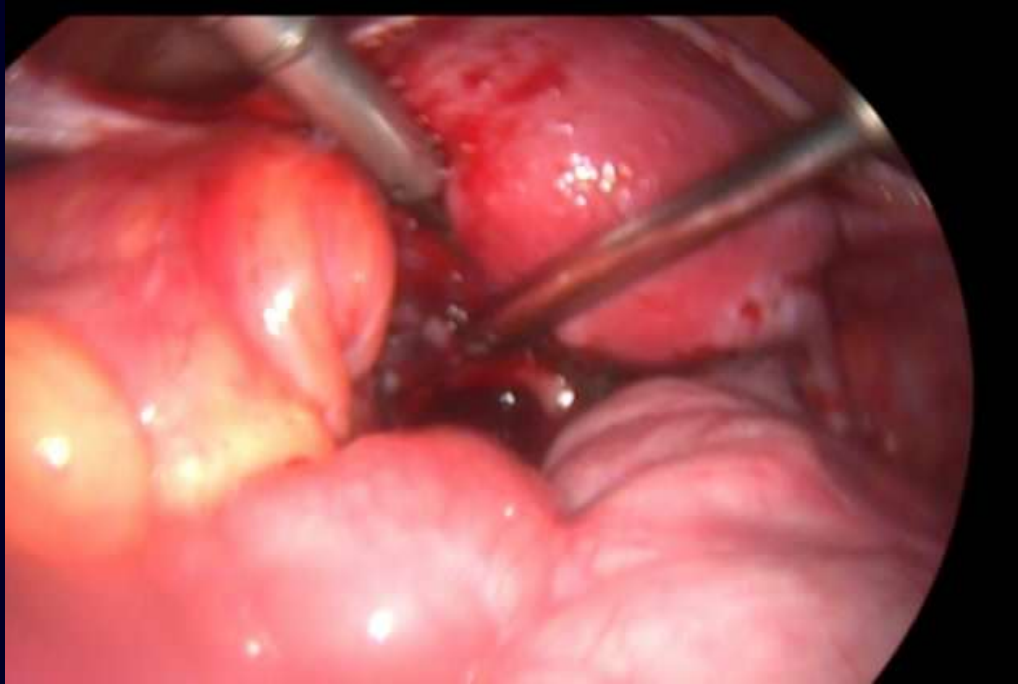
- ACO e inibidores da aromatase*

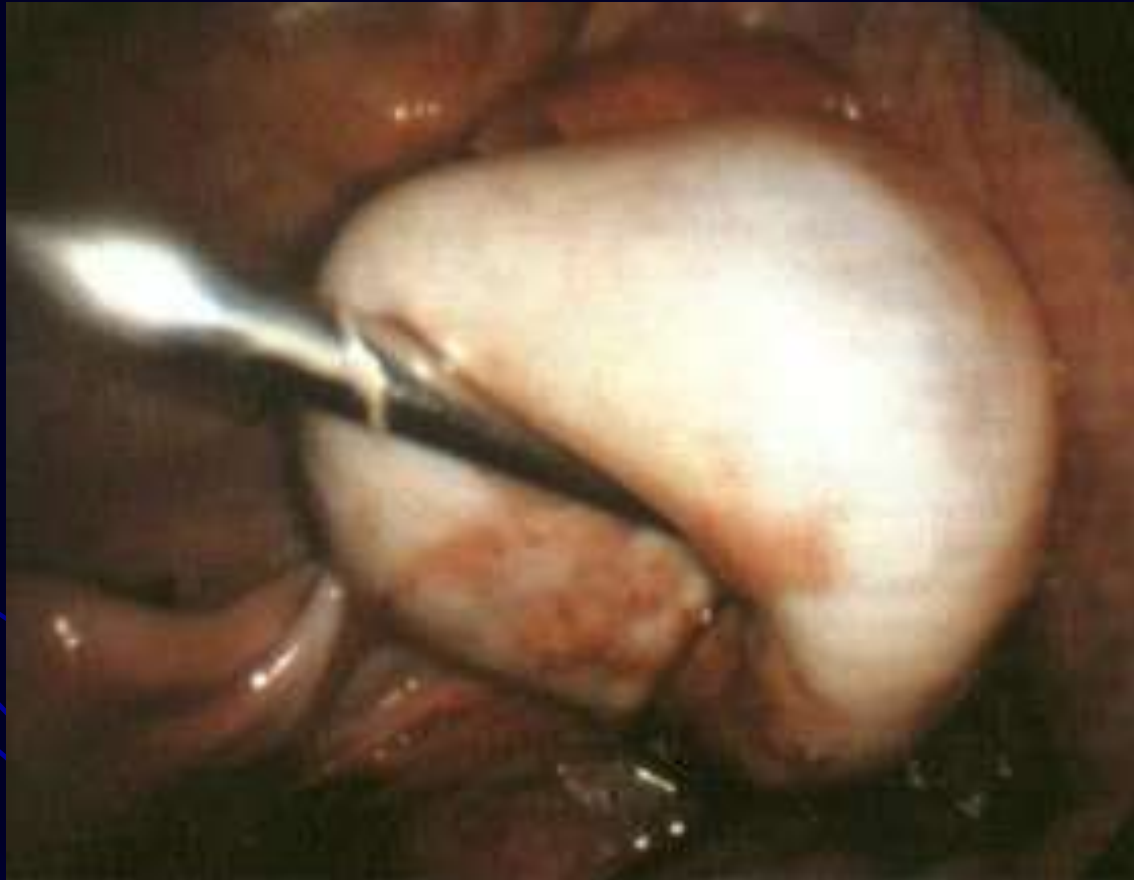
ENDOMETRIOSE



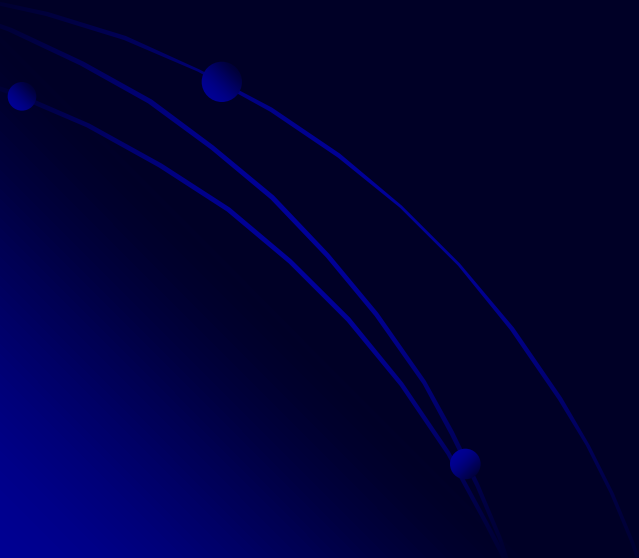
**DÚVIDAS NA ENDOMETRIOSE
GRAVE (PROFUNDA) X ALGIA X
ENDOMETRIOMA X FIV**





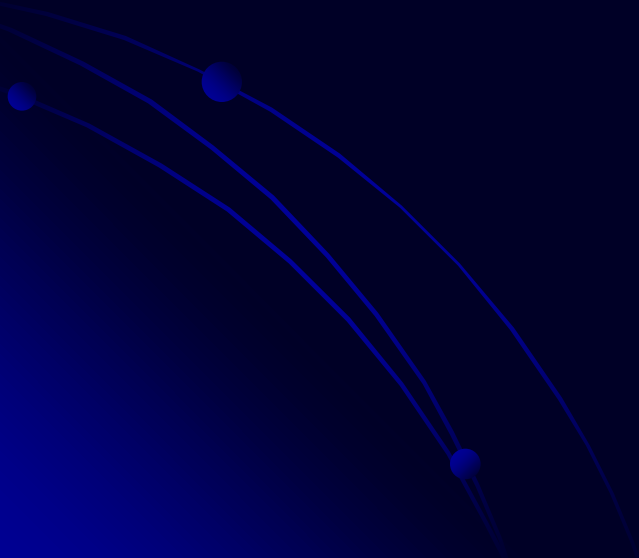


ENDOMETRIOSE E FIV



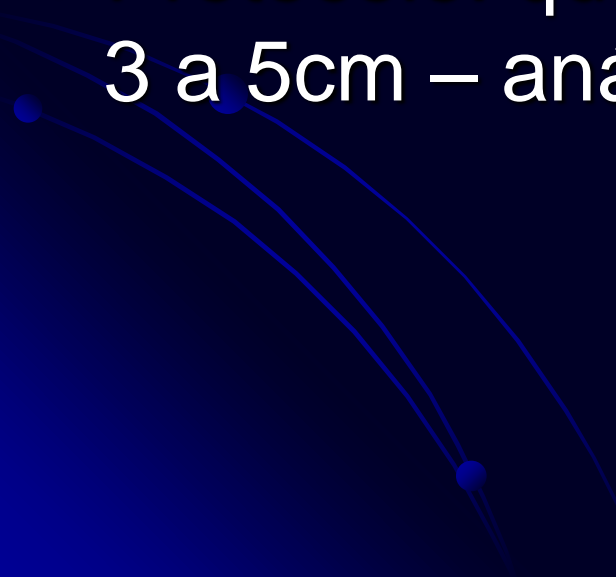
PROFUNDA X FIV

- Controverso
- Não muito claro riscos-benefícios da cirurgia prévia a FIV
- Talvez na história de falha

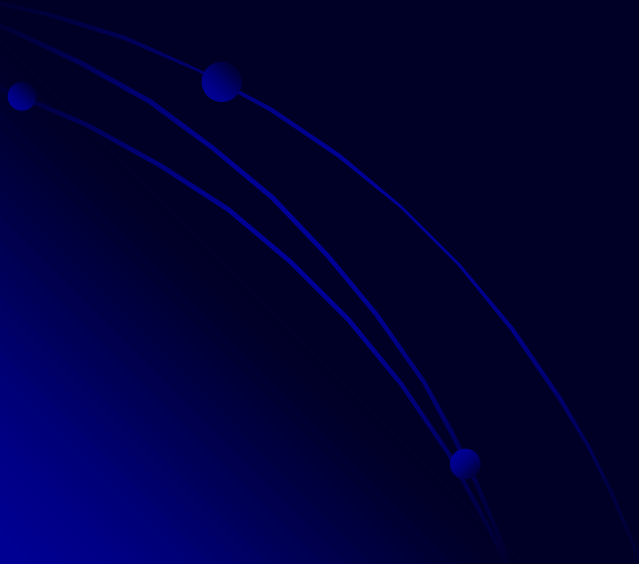


- Bianchi et al (2009): prospectivo – endometriose profunda – qdo cirurgia excisional prévia a FIV – tx de fertilização semelhantes x tx gravidez maior – 24 p/ 41%
- Profunda pode dificultar a punção
- **Profunda:** FIV direito ou cirurgia prévia ou análogo 2/3 meses antes

ENDOMETRIOMA X FIV


- Tsaumpou et al (2009): metanálise – endometrioma x FIV – controverso
 - Protocolo: qdo FIV: < 3cm – FIV direto;
3 a 5cm – análogo prévio; > 5cm - VL
- 

ENDOMETRIOSE PROFUNDA X RESSECÇÃO INTESTINAL



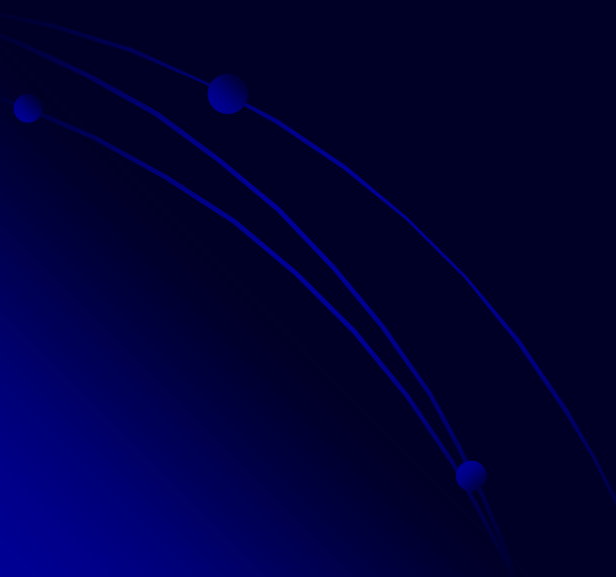




- Profunda > 5mm infiltração
 - 40% - 20% intestinal
 - 40% lesão multifocal
 - 30 a 50% comprometimento ureteral
 - Até o momento a excisão total é o melhor tratamento*
- 

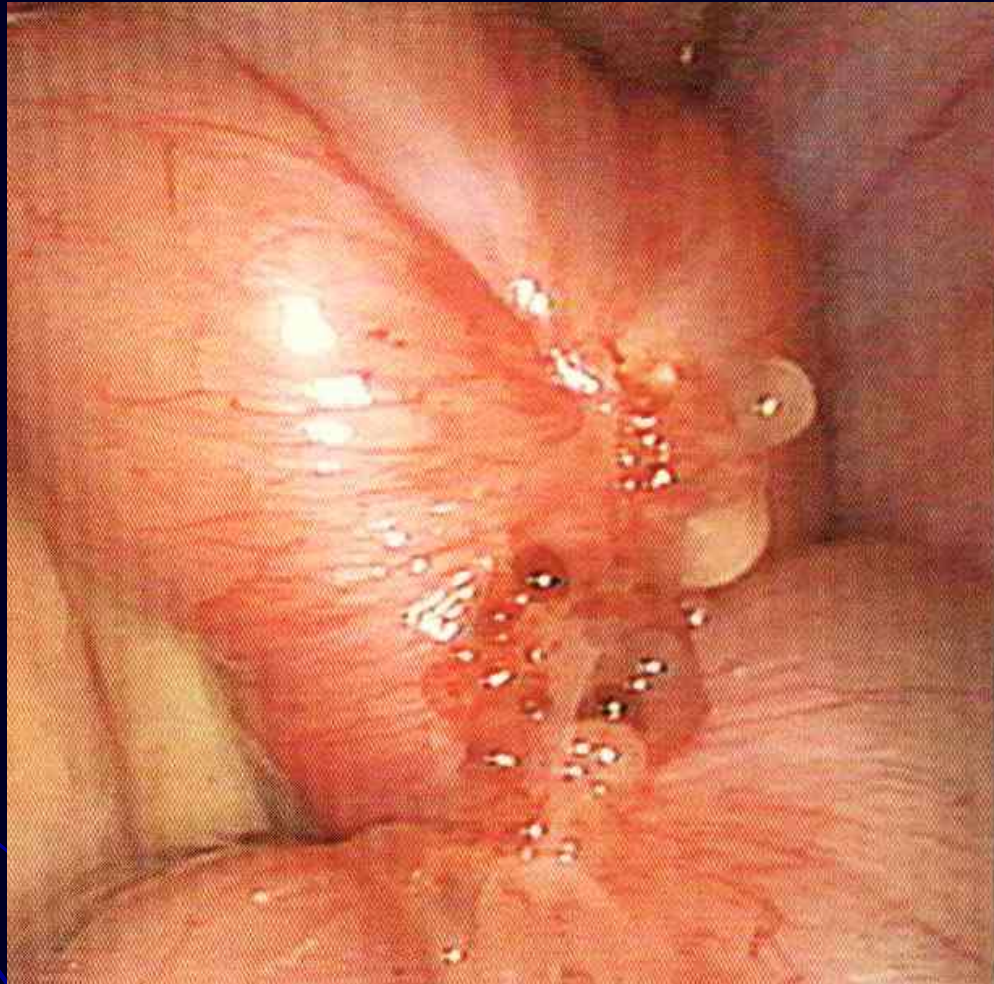
PRINCÍPIOS

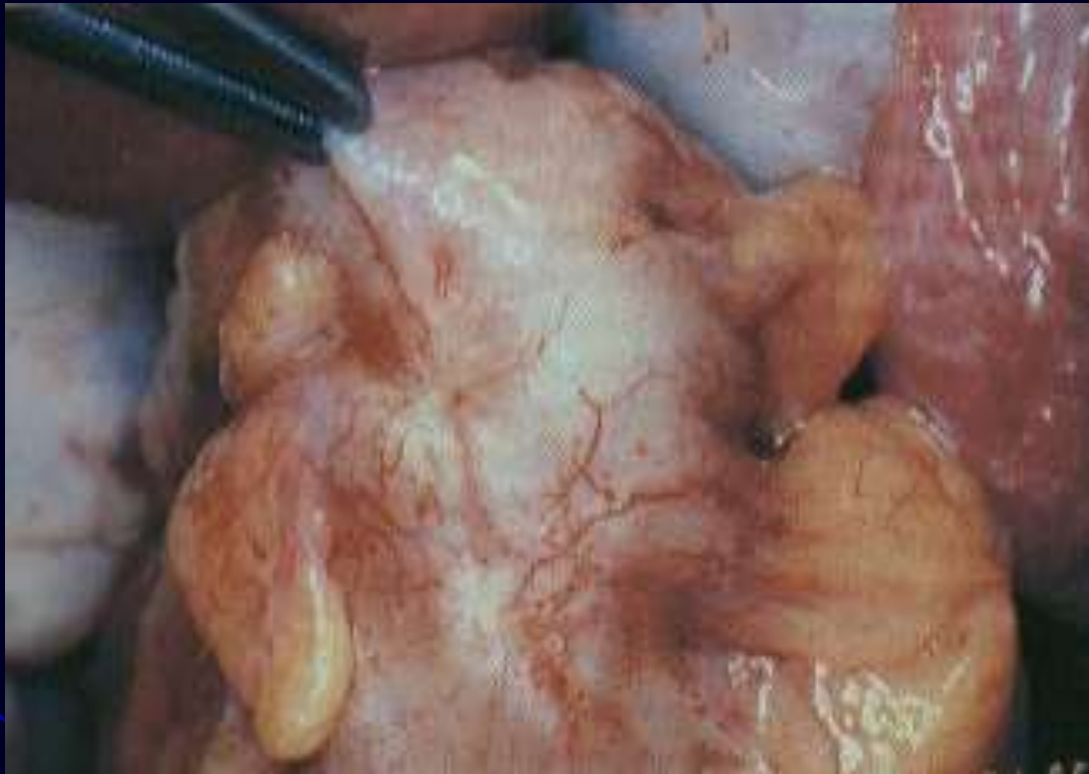
- Tratar as sintomáticas
- Falhas de FIV
- Tem casos que o tratamento clínico é satisfatório
- Abordagem multidisciplinar – centros de referências
- Mais jovens > risco de recidiva

- A discussão – cirurgia é difícil, mais riscos e multidisciplinar
 - Disfunção vesical: 9* a 16%
 - Complicação colorretal: 8%*
- 

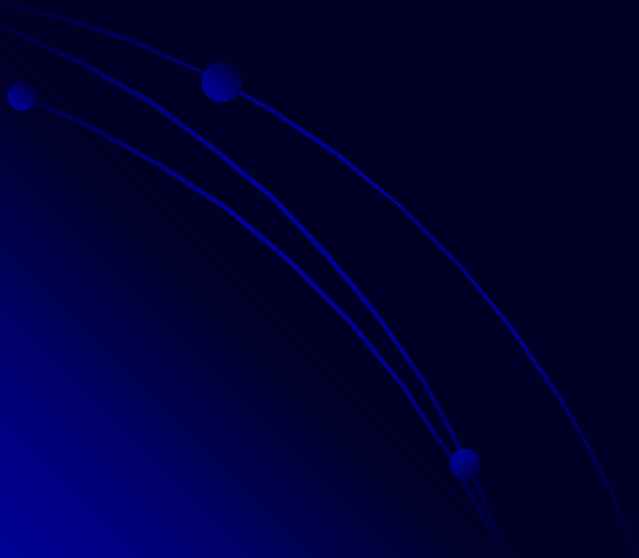
PRÉ-CIRURGIA

- Clínica + ca 125 + USTV c/ preparo – investigação avançada s/n
- Toque é adequado: 72% S p/ endometriose profunda
- Avaliar: circunferência (<40%); distância do ânus(>8cm); profundidade (seromuscular)
- Ressecção nodular c/ grampeador circular transretal ou ressecção segmentar com grampeador linear e reanastomose*
- 12% recorrências

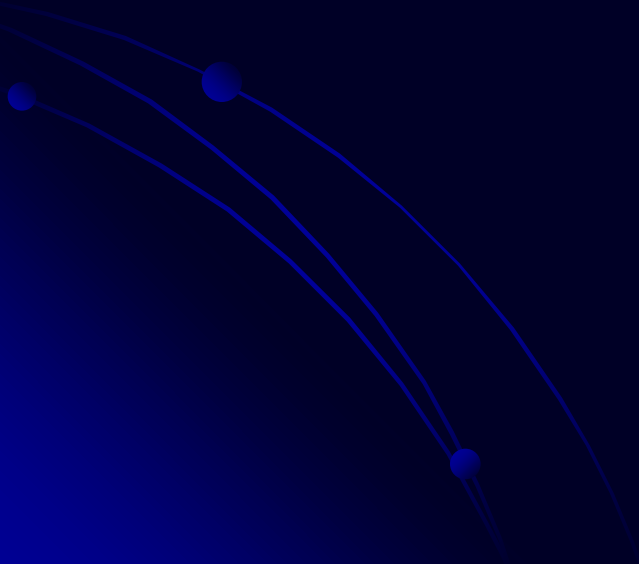




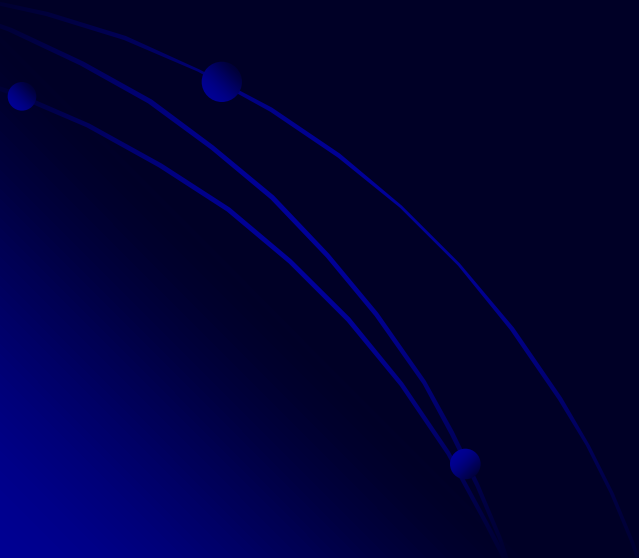
**70% CASOS OS SINTOMAS INICIAM
NA ADOLESCENTE**



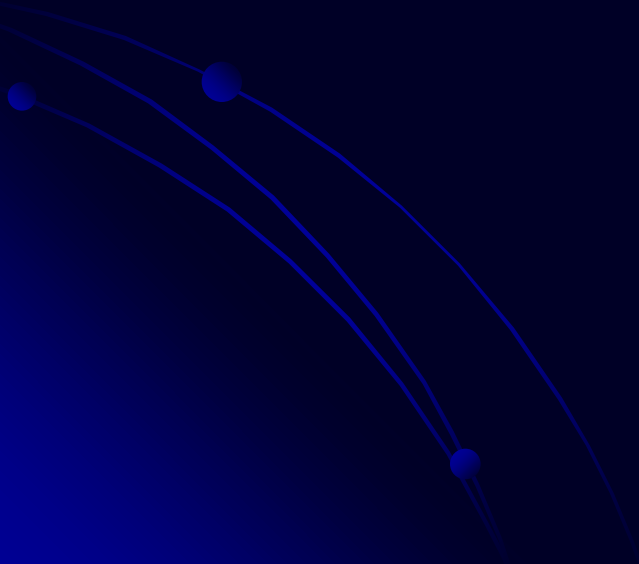
- Prevenção secundária é uma realidade
- Esquema: ACO combinado ou SIU LNG



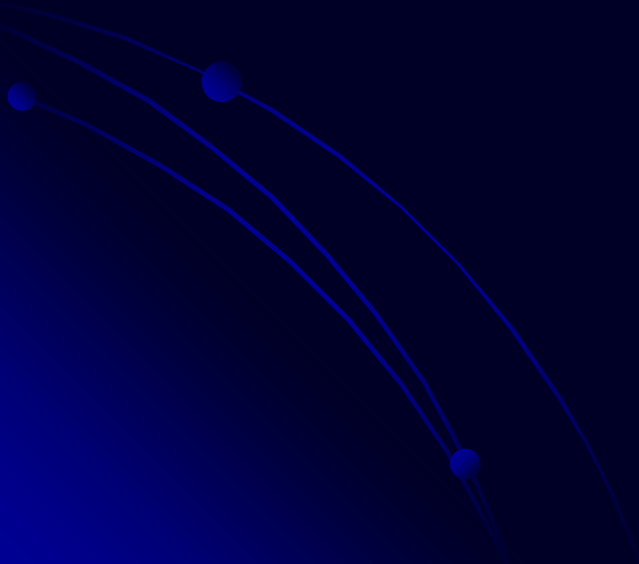
QUANDO INDICAR A VL NA ADOLESCENTE?

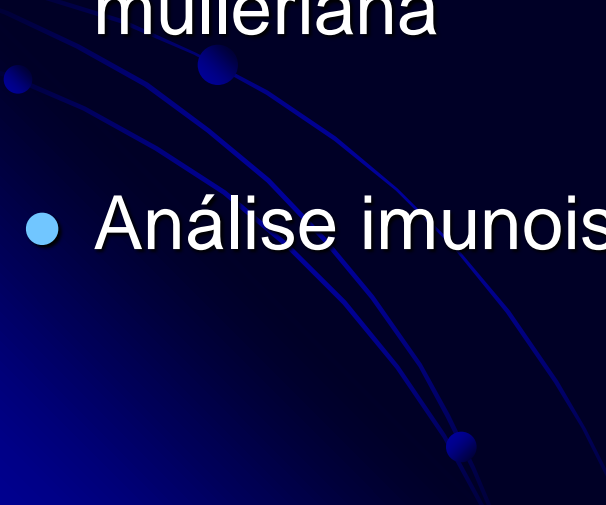


- Na falha ao tratamento clínico
- US alterado e/ou CA 125 > 100u/ml

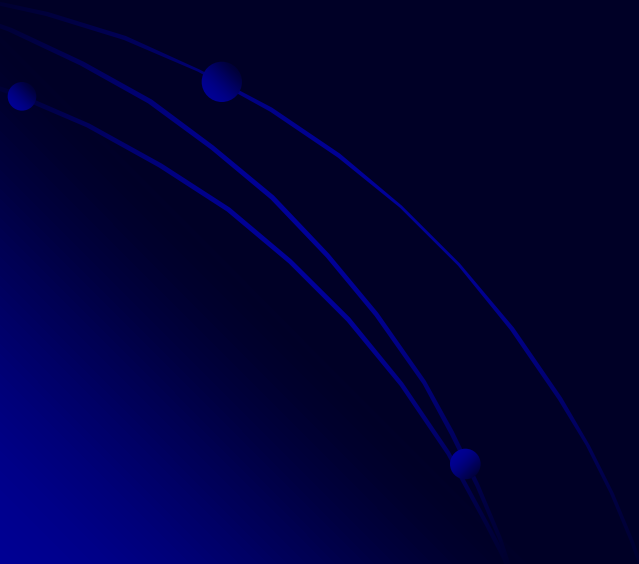


REFLEXÕES SOBRE ENDOMETRIOSE, ADENOMIOSE E PATOLOGIAS ENDOMETRIAIS



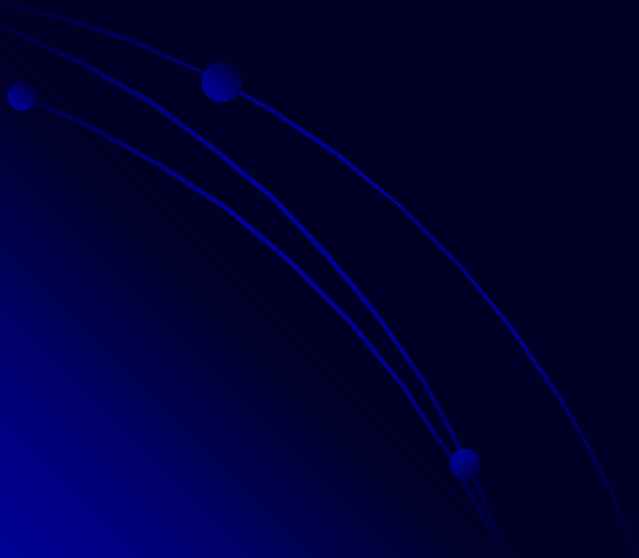
- Compreender a fisiologia menstrual
 - Origem endometrial – processo inflamatório – aromatase
 - Origem no endométrio tópico e sua disseminação mulleriana
 - Análise imunoistoquímica do endométrio tópico
- 


- Diagnóstico ambulatorial de endometriose c/ biópsia de endométrio e imunoistoquímica para detecção de fibras nervosas – **muito promissor**



- A abordagem agressiva não corrige a etiologia da doença
- Estrogênio-menstrual dependente
- A progesterona é um excelente antiinflamatório
- Associar inibidores da aromatase

CONTRACEPÇÃO TRANSCERVICAL ESSURE



- 1996 – 2001 – 2002 – 2009
 - Mini-mola de polietileno-níquel-titânio
 - 98% tx sucesso
 - Complicações raras: perfuração, expulsão e reflexo vagal
- 

- Contra-indicações: DIP; Tumores; gravidez e < de 6 sem pós-parto
- Suspende corticóide 3 meses antes
- Contraceção por 3 meses – controle radiológico
- Média de 5min para inserção
- Minimamente invasivo (AINH e benzodiazepínicos)

