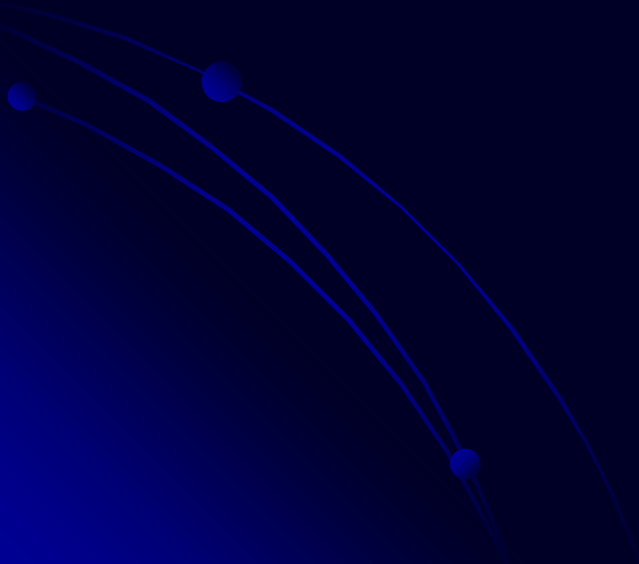


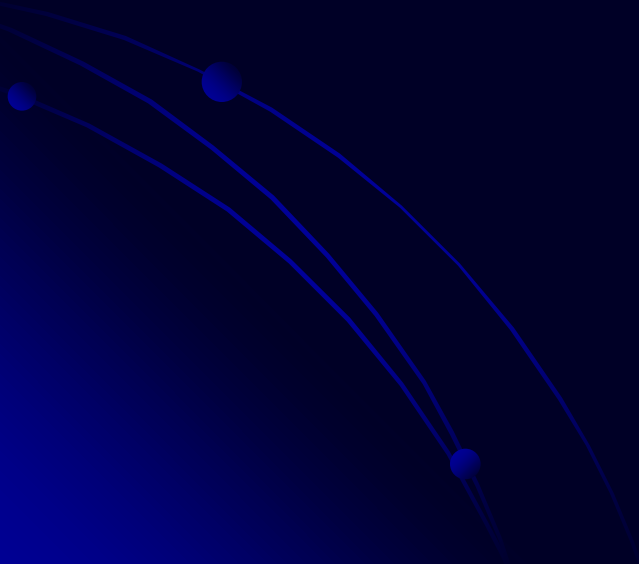
FORMAS GRAVES DE ENDOMETRIOSE: COMO TRATAR?

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ - SP
Serviço de Endoscopia Ginecológica
Prof. Dr André Luis F Santos

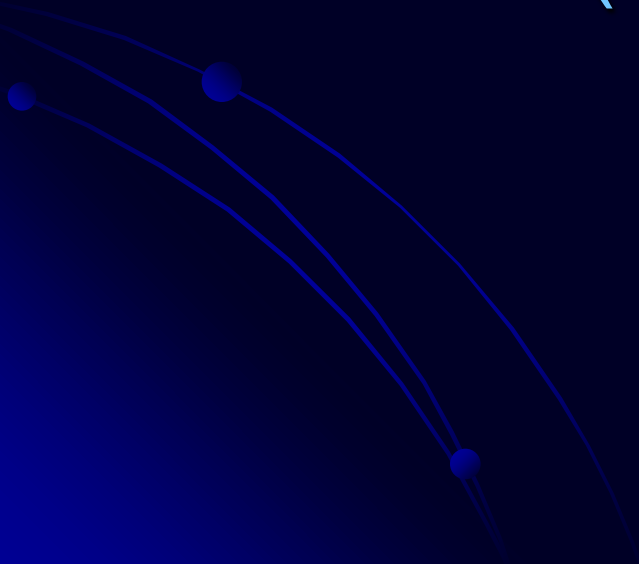
TEMA POLÊMICO



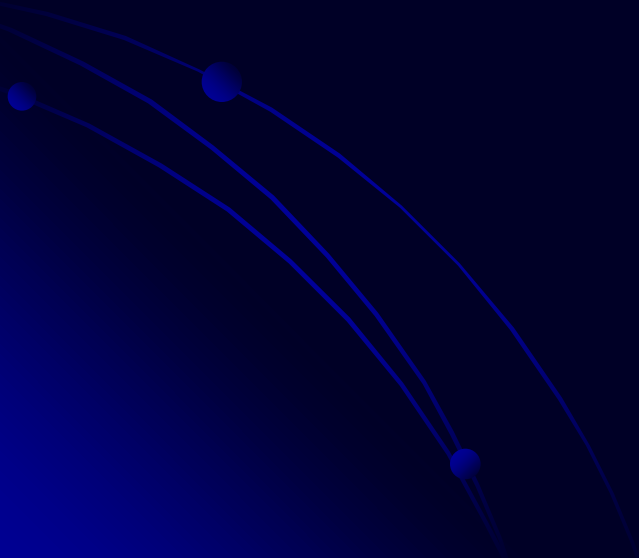
O conhecimento da etiopatogenia da endometriose ainda tem um longo caminho para que possamos melhorar **efetivamente** o diagnóstico e tratamento



DEMORA DEMASIADA NO
DIAGNÓSTICO: > 5 ANOS
(6 A 11 ANOS)

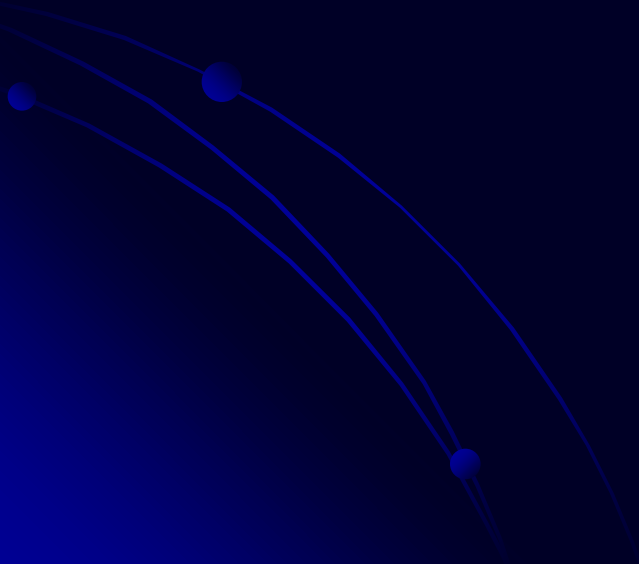


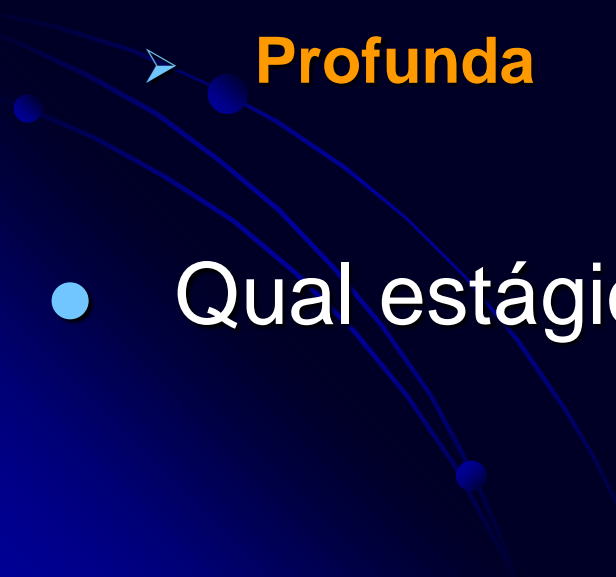
Necessidade de diagnóstico precoce
para evitar as complicações:
FORMAS GRAVES





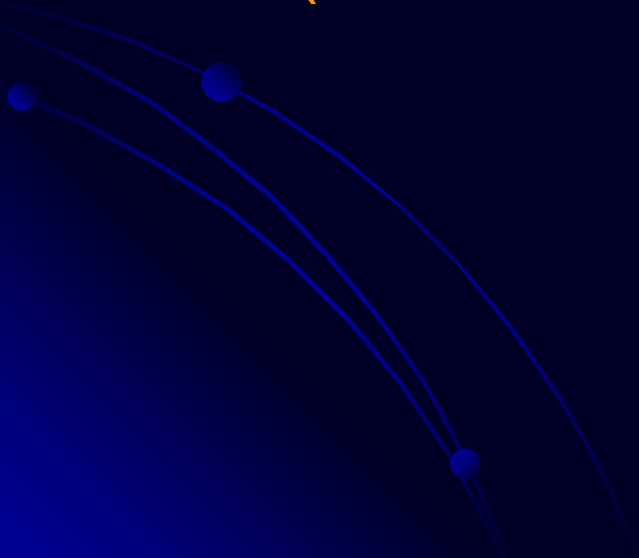
COMO TRATAR?



- **É p/ dor pélvica ou infertilidade?**
 - **Qual o tipo de endometriose?**
 - **Peritoneal**
 - **Endometrioma de ovário**
 - **Profunda**
 - **Qual estágio da doença?**
- 

- Sem desejo reprodutivo:
 - Assintomática: expectante
 - Sintomática: boa avaliação p definir entre tentar tto clínico x cirurgia (c/ ou sem complementar)
- Com desejo reprodutivo (infertilidade):
 - Cirurgia (exclusiva para estágios iniciais)
 - Reprodução assistida (estágios 3 e 4 c/ ou sem análogo)

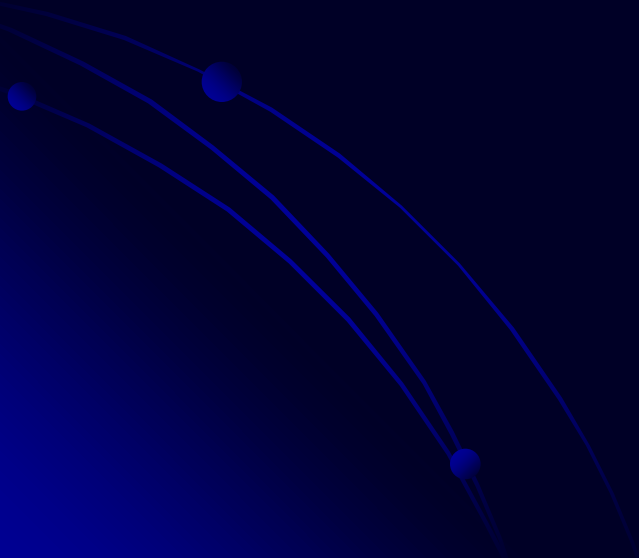
**O PREPARO PARA A
VIDEOLAPAROSCOPIA
(ENDOMETRIOSE PROFUNDA)**

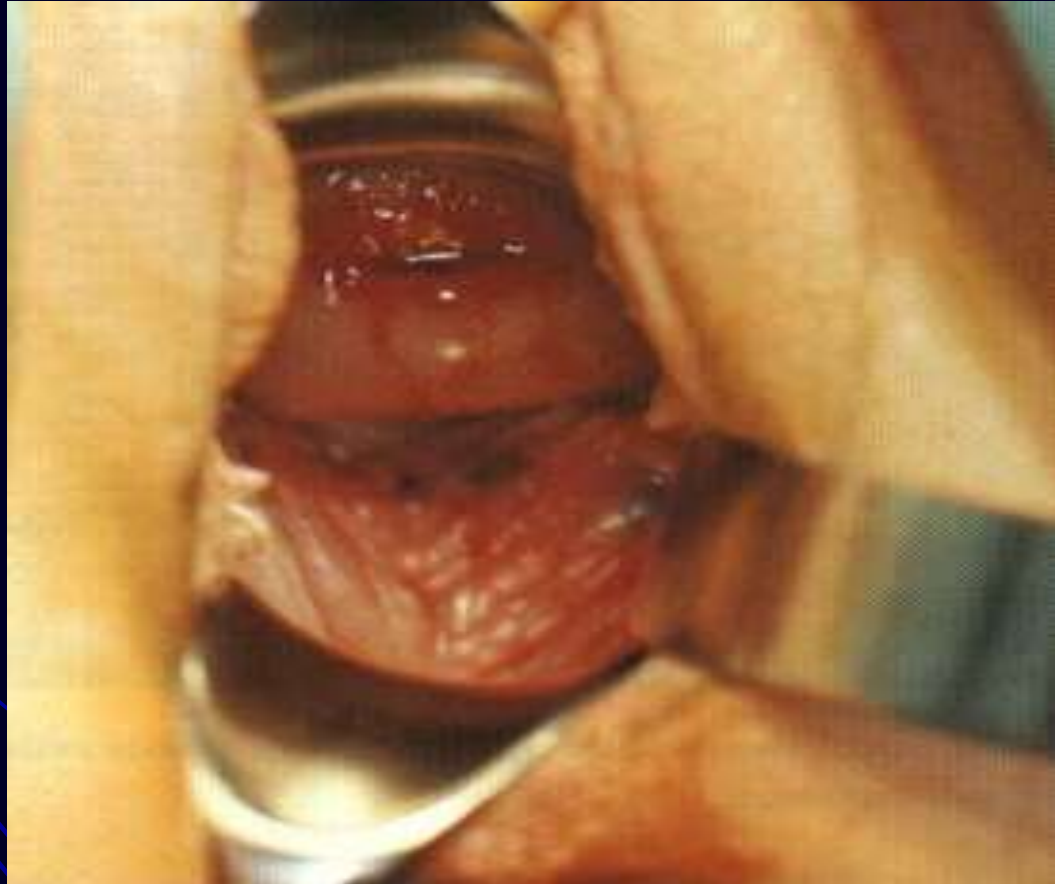


- Não há lugar atualmente para VL diagnóstica na endometriose profunda
- 60% doença multifocal
- 12 a 40% de lesão intestinal
- Nódulos profundos >3cm: 10% ureteral (urorressonância)
- Ideal é associação de métodos de imagem
- Planejamento cirúrgico (multidisciplinar)

- Toque é adequado: 72% S p/ endometriose profunda
- RM p/ assoalho pélvico (múltiplos sítios)
- Ecocolono p/ retrocervical e retovaginal – alto custo e falta de disponibilidade
- USTV c/ preparo: melhor custo-benefício: 90 a 100% tanto na S como na E p/ lesões profundas

TODOS COM TREINAMENTO E
TÉCNICA ESPECÍFICA PARA
DIRECIONAR CONDUTA





- Tendência p endometriose profunda é o tratamento cirúrgico com total cito-redução (excisão laparoscópica radical)
- Linfonodo sentinela: linfática - CA
- Mais efetivo (índice de qualidade de vida)
- 5 a 8% complicações
- 12% recorrências



- **Tratamento clínico:** depende do exame físico, laboratorial e imagem:

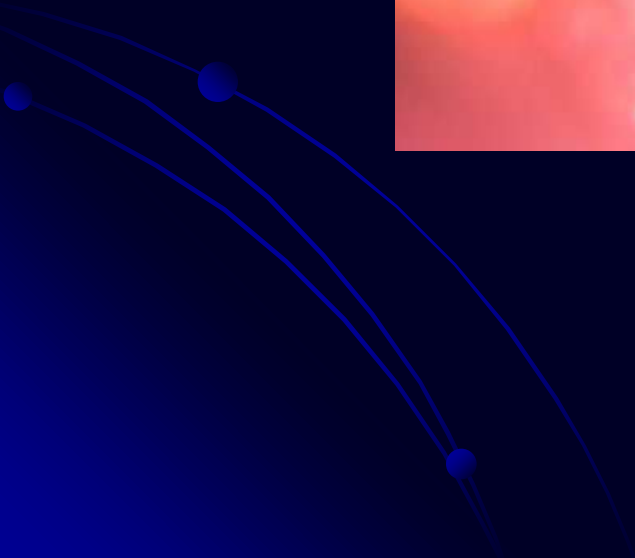
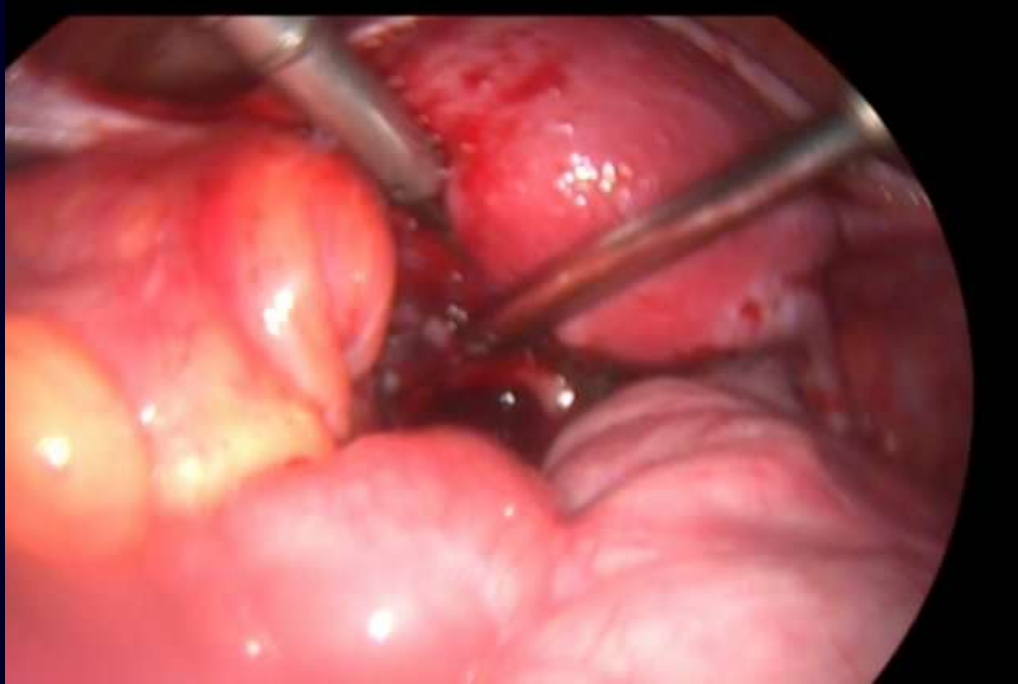
- 1 linha: ACO; Acetato de Noretindrona 2,5mg/dia

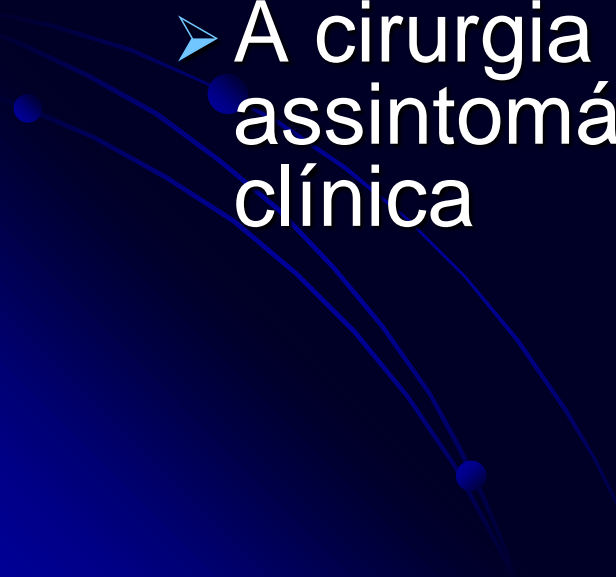
- 2 linha: Análogo, SIU LNG



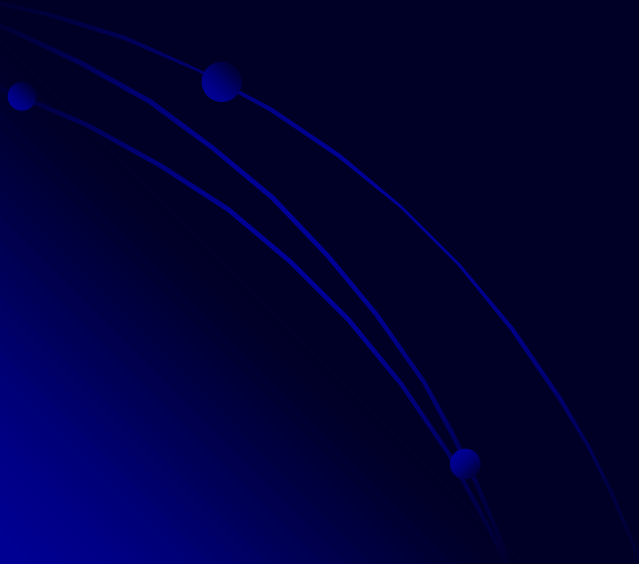
- Tratamento cirúrgico:

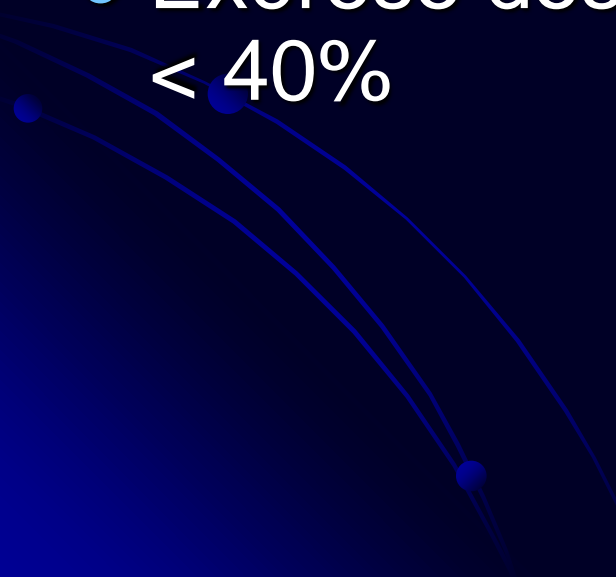
- Se optar pela cirurgia: completa
- Preferência por excisão das lesões
- Equipamento p/ lesão profunda (retrocervical): bisturi ultracision e grampeador linear – 30% complicações miccionais

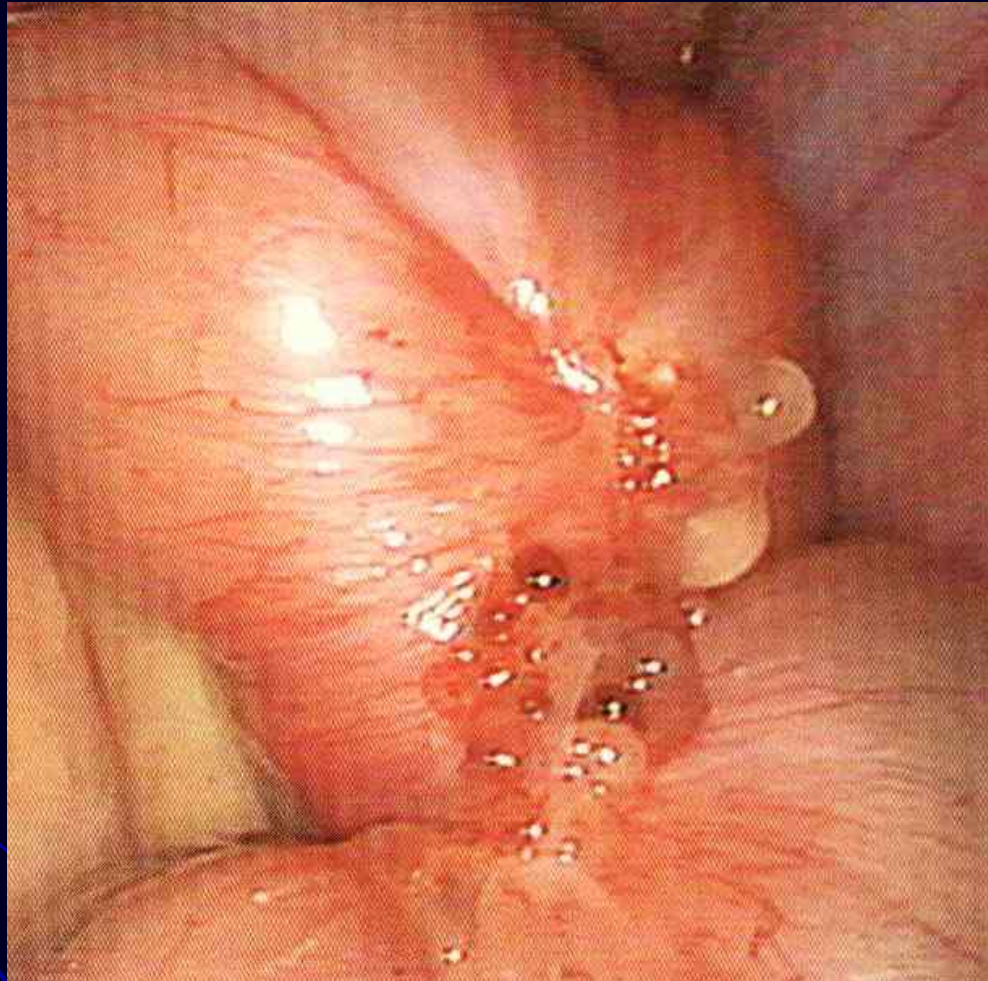


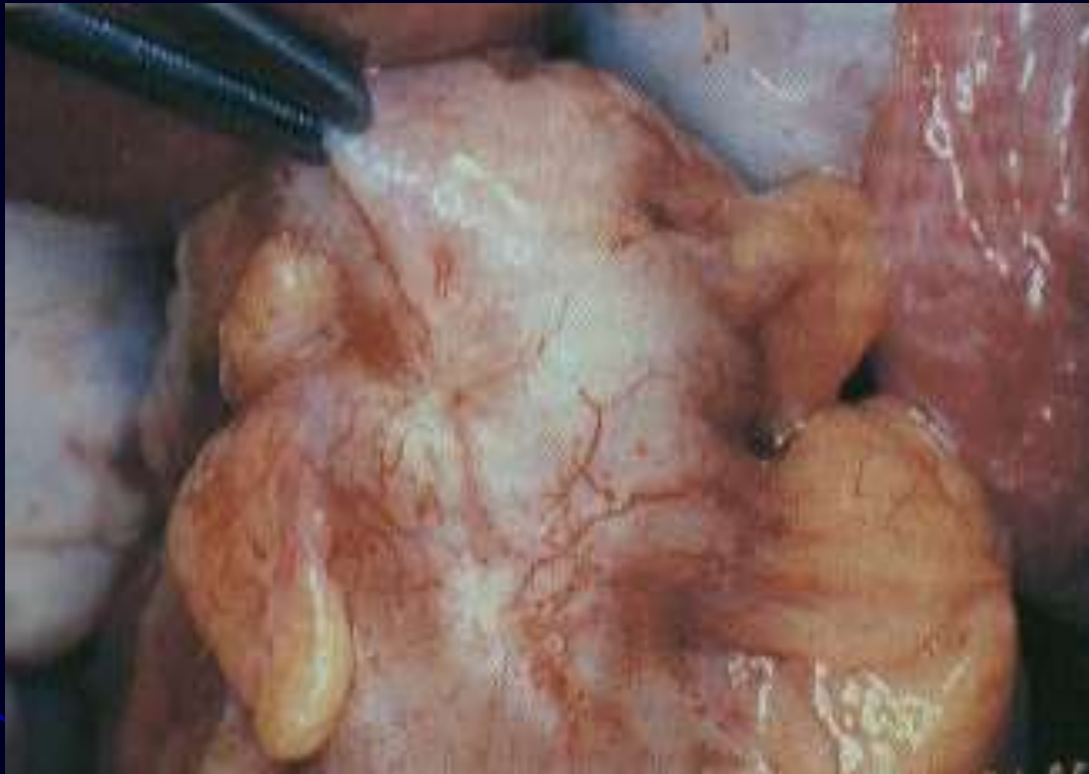
- Cirurgia robótica !
 - HTA: 30% recidiva
 - HTA c/ anexectomia e ressecção ampla: 0% recidiva
 - A cirurgia não é necessária p/ todas – assintomáticas e com boa resposta clínica
- 

QUANDO INDICAR A RESSECÇÃO INTESTINAL ?

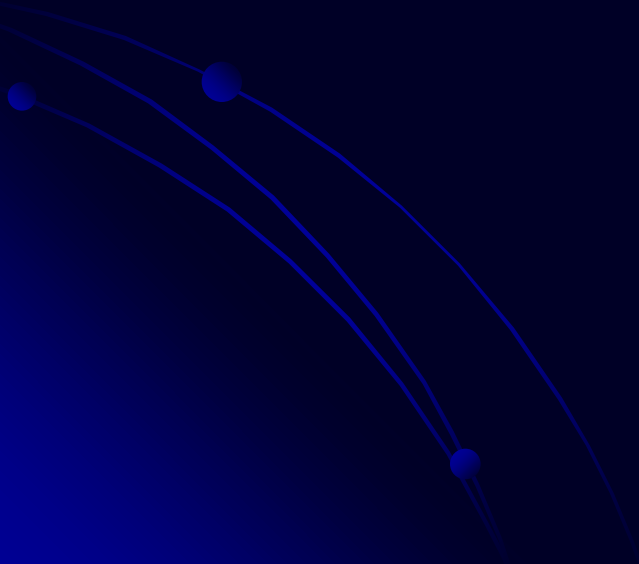


- Lesão musculo-mucosa
 - Circunferência > 40% : multifocais – melhor ressecção segmentar
 - Exérese dos nódulos: sero-muscular e < 40%
- 

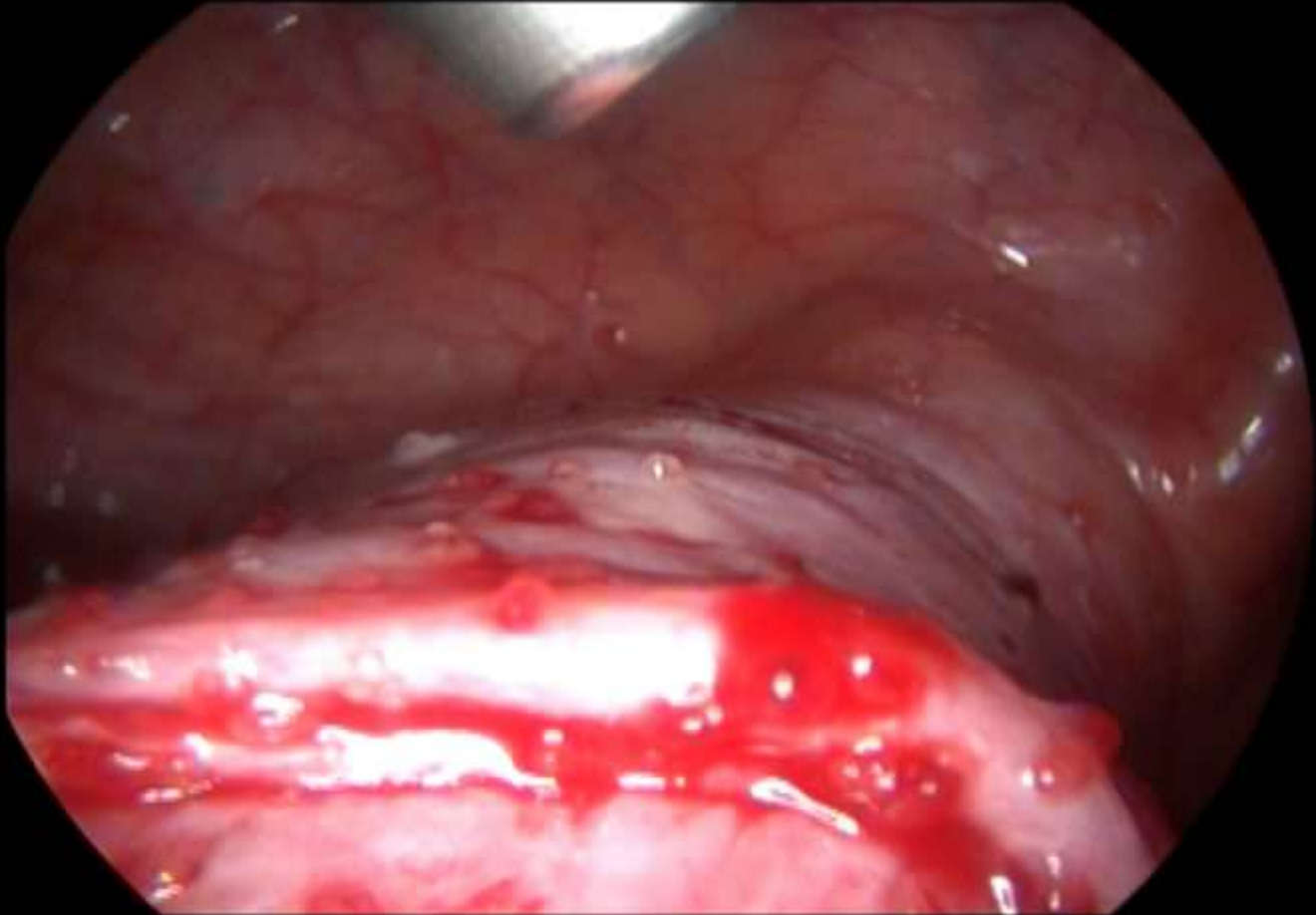


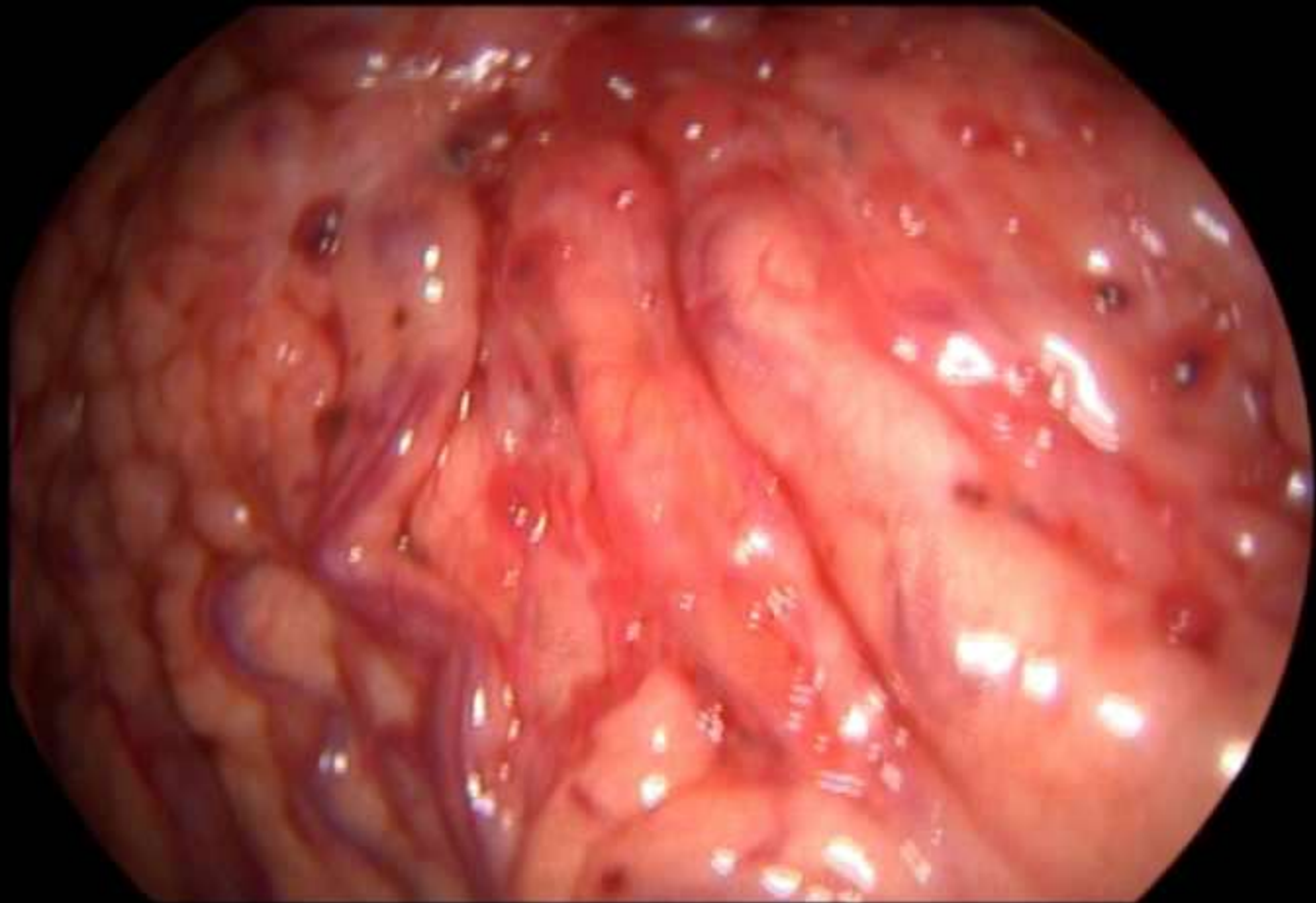


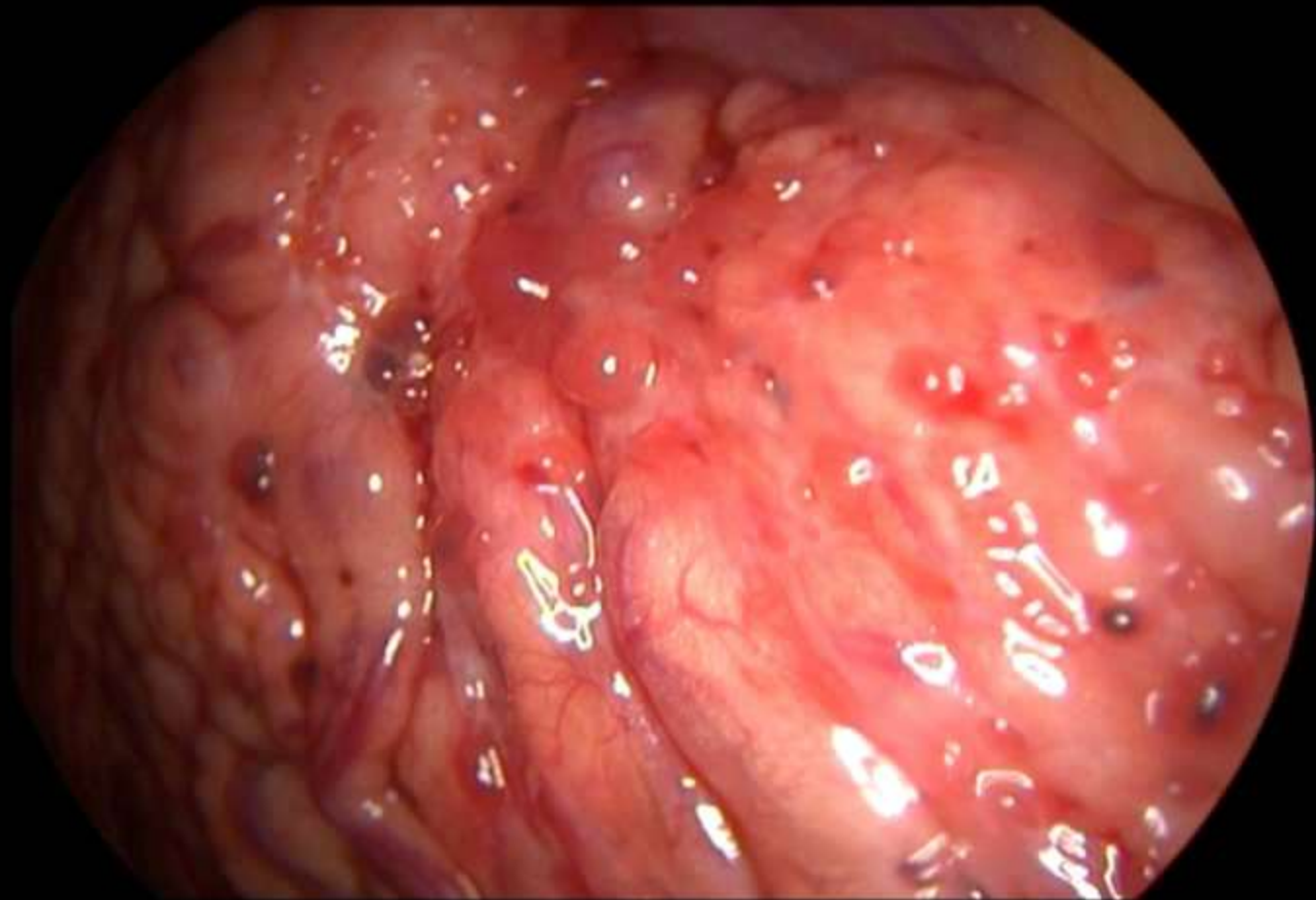
SITUAÇÕES ESPECIAIS

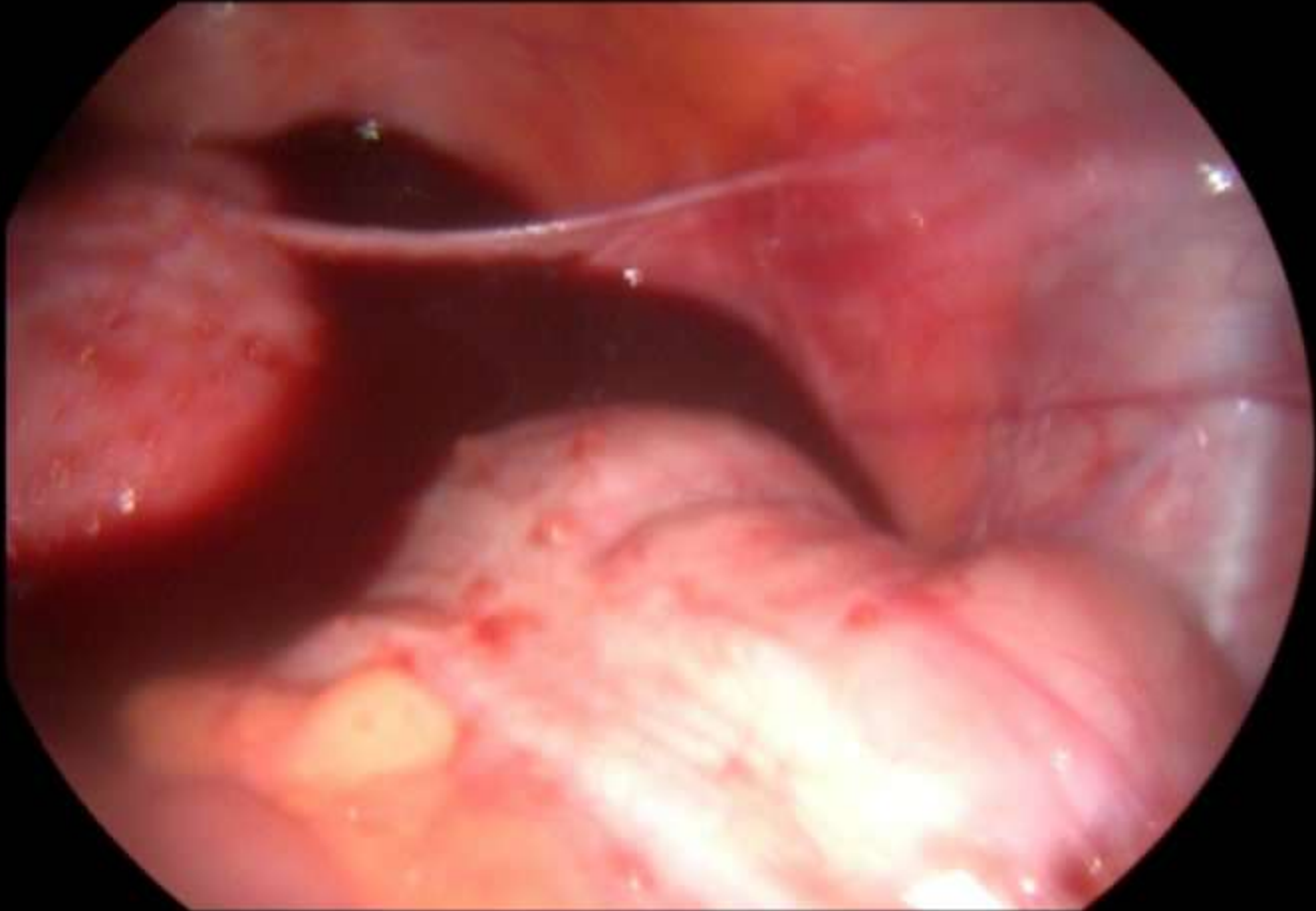














CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Conduta deve ser baseada em evidências
 - Bom senso deve prevalecer para saber individualizar
 - Era da responsabilidade médica
 - Promover qualidade de vida
- 