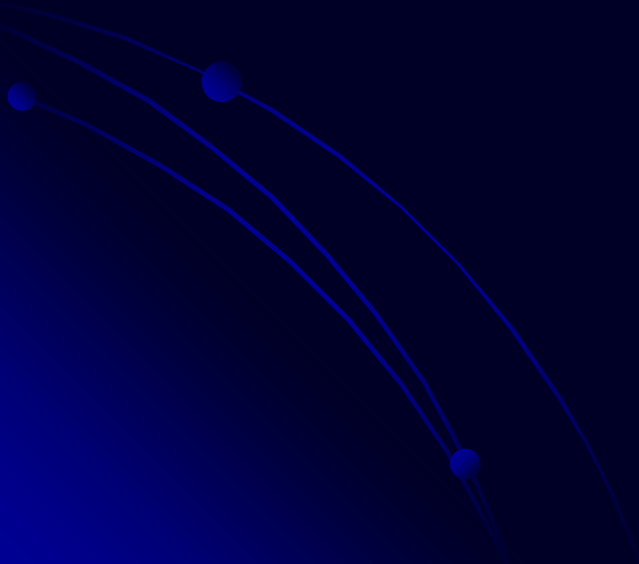


ENDOMETRIOSE

ULTIMAS EVIDÊNCIAS E CONSENSOS MUNDIAIS

André Luis Ferreira Santos
Mestre e doutor pela UNICAMP
Professor do Departamento de Medicina da UNITAU
2009

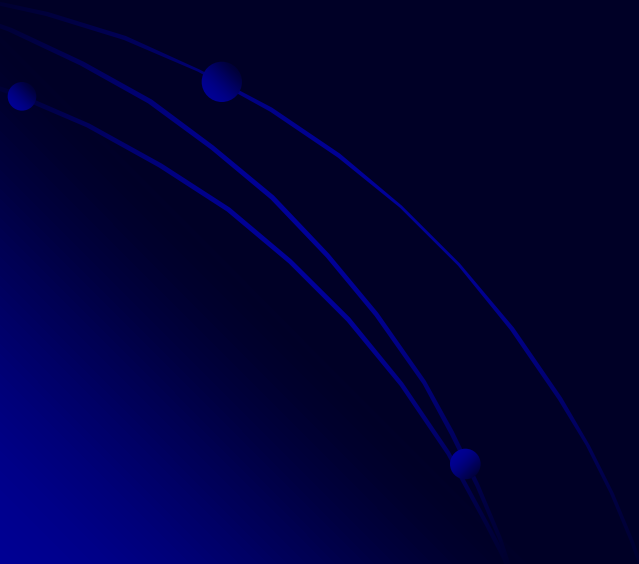
TEMA POLÊMICO



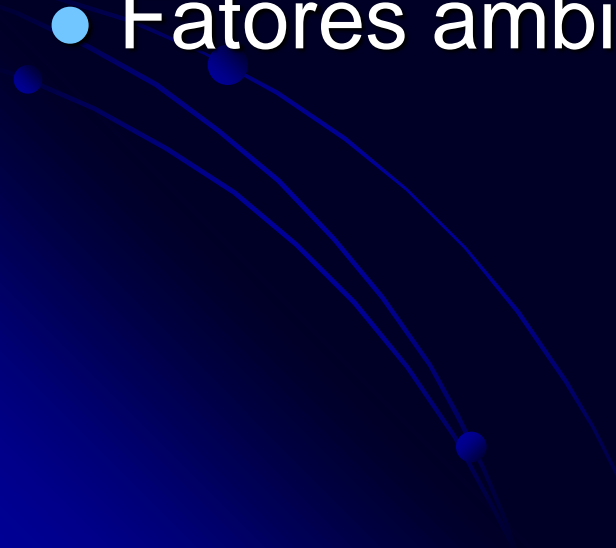
EPIDEMIOLOGIA

- 10 a 15% em idade fértil
- 60 a 70% dor pélvica
- 40% têm infertilidade
- 20 a 50% das inférteis
- Incapacitante
- **Progressiva**
- Difícil cura
- 6 milhões de brasileiras
- Nome de sociedades e congressos
- Maior publicação últimos 20 anos

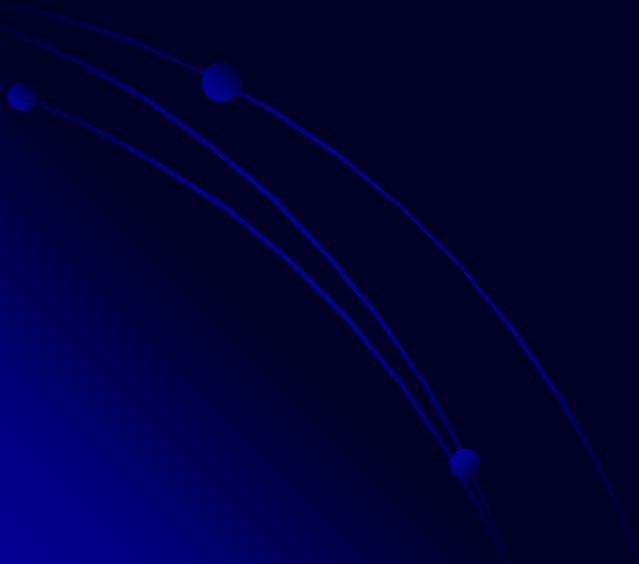
O conhecimento da etiopatogenia da endometriose ainda tem um longo caminho para que possamos melhorar **efetivamente** o diagnóstico e tratamento



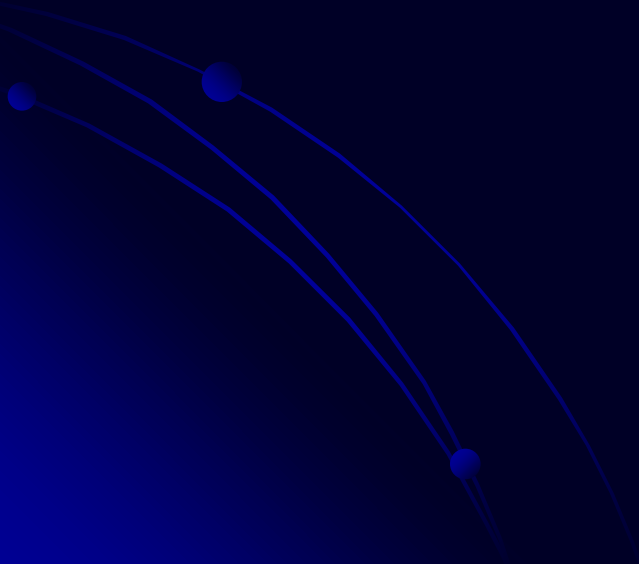
Ainda na era das teorias:

- Metaplasia celômica
 - Menstruação retrógrada
 - Fatores genéticos
 - Fatores imunológicos
 - Fatores ambientais
- 

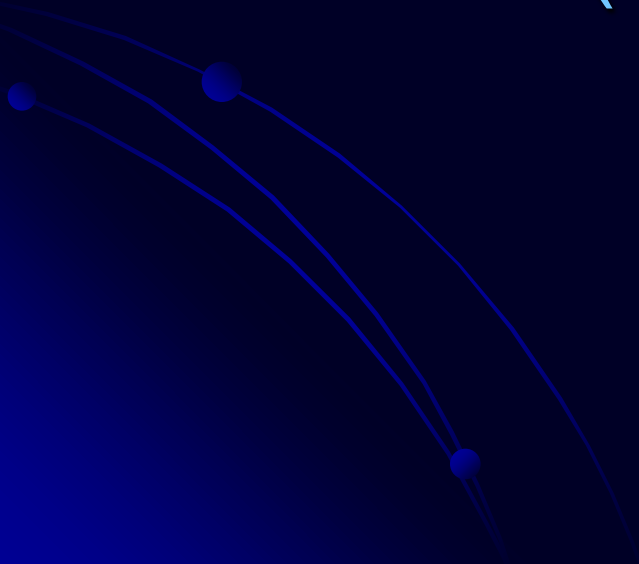
**QUAIS OS GRANDES AVANÇOS
PRÁTICOS?**



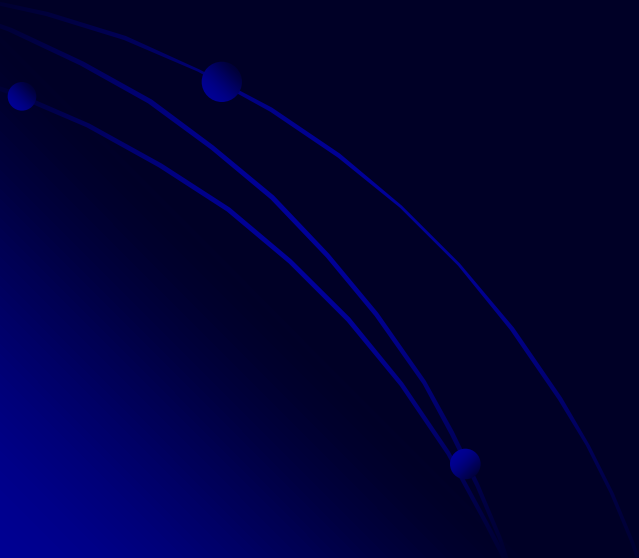
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO



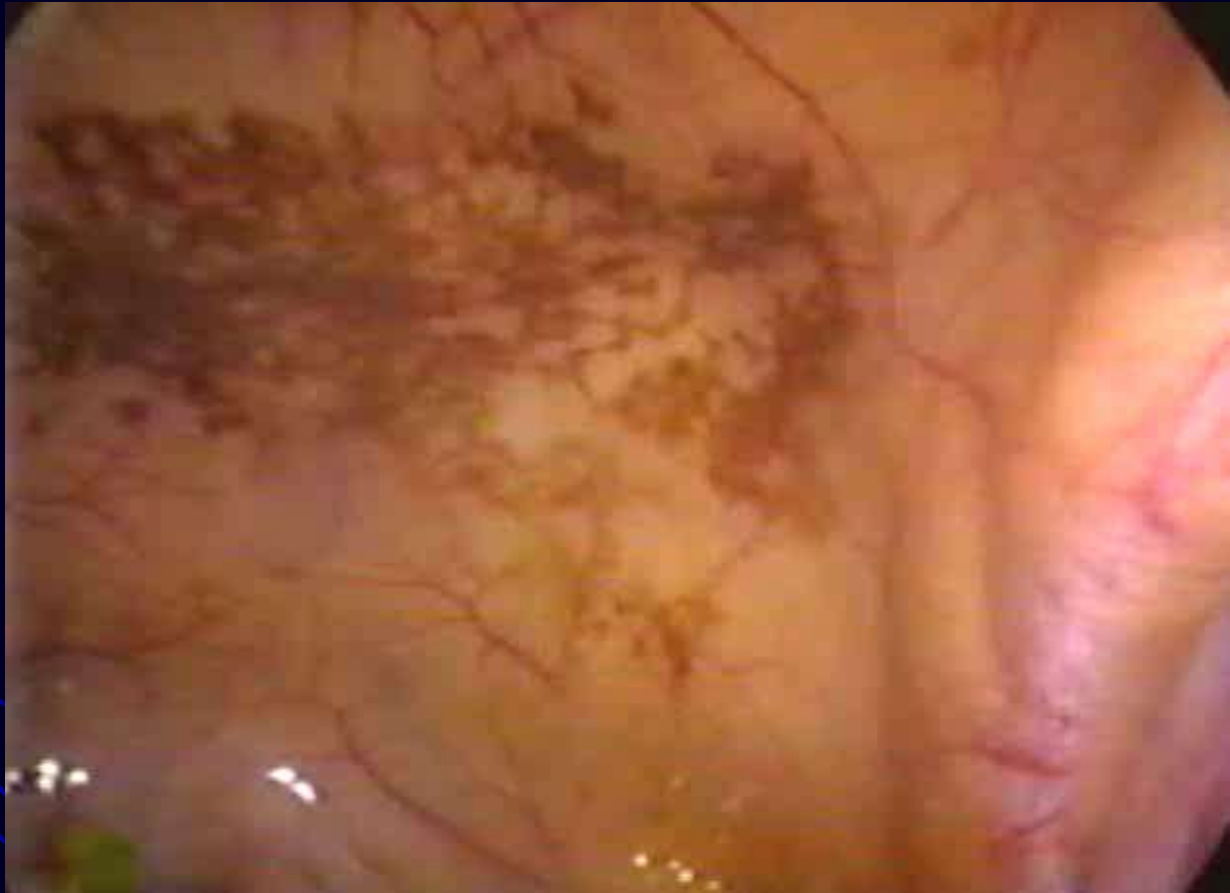
DEMORA DEMASIADA NO
DIAGNÓSTICO: > 5 ANOS
(6 A 11 ANOS)



Necessidade de diagnóstico
precoce para evitar as
complicações



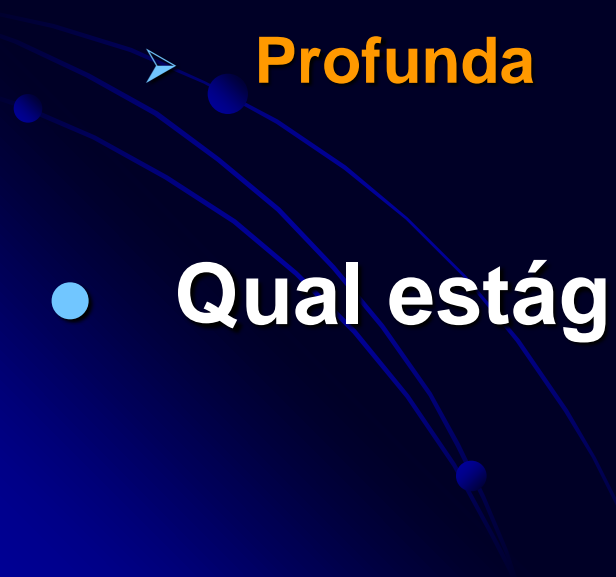






VIDEOLAPAROSCOPIA (VL)

- Diagnóstico definitivo - cirurgia
- Tendência de não se aceitar mais a diagnóstica - terapêutica
- Necessidade de outros métodos e alternativas – quais?
- Precisa da VL para tratar?
- Quando indicar a VL?
- Como deve ser o preparo para a VL?

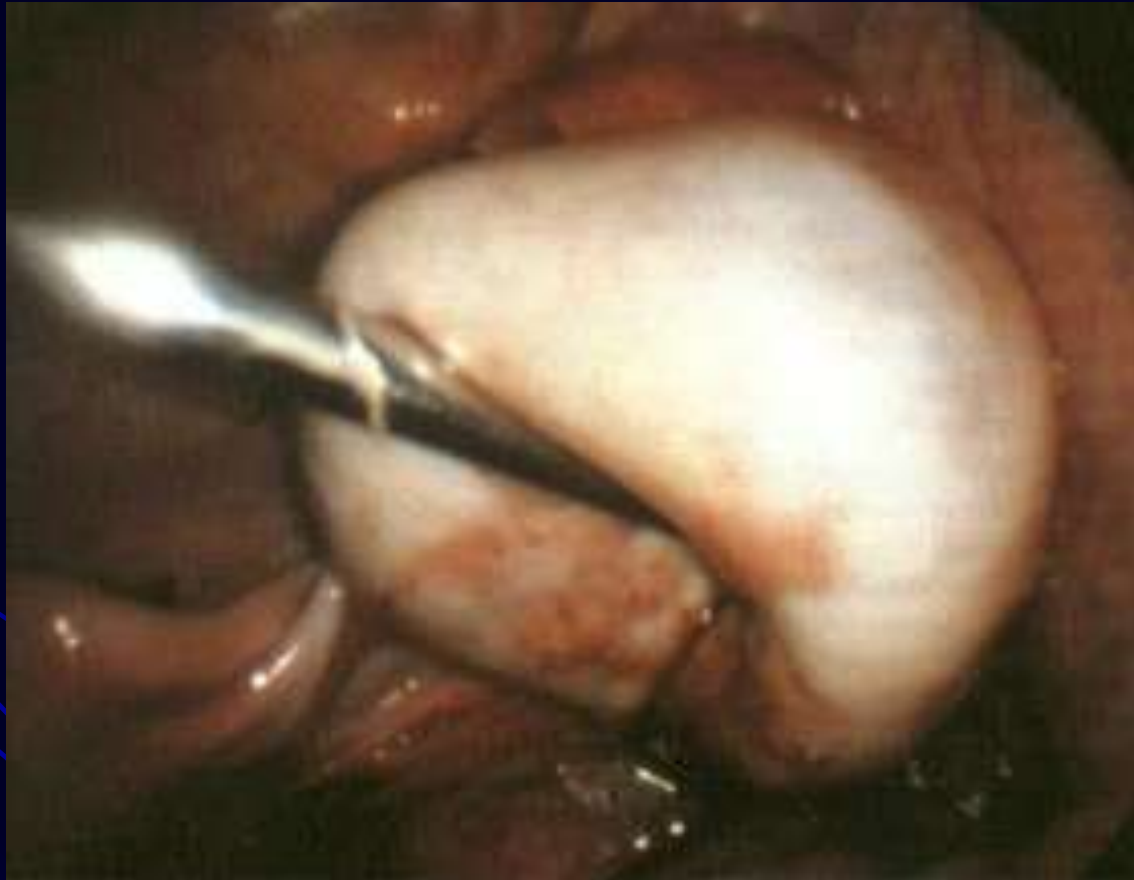
- **É p/ dor pélvica ou infertilidade?**
 - **Qual o tipo de endometriose?**
 - **Peritoneal**
 - **Endometrioma de ovário**
 - **Profunda**
 - **Qual estágio da doença?**
- 

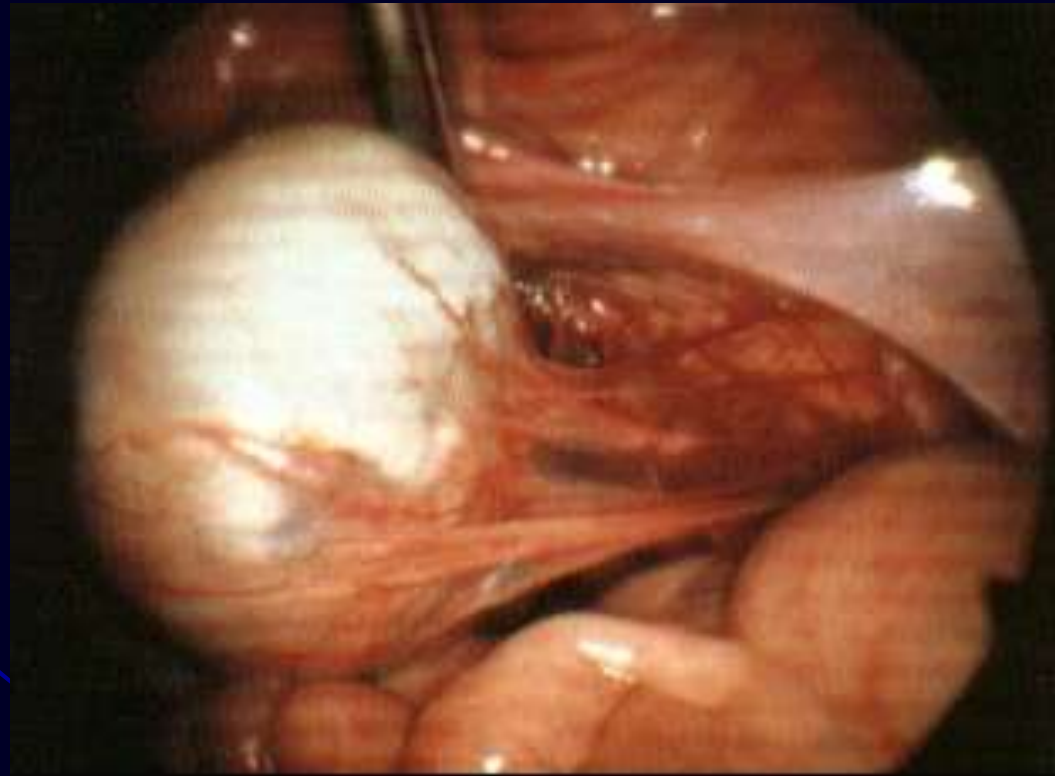


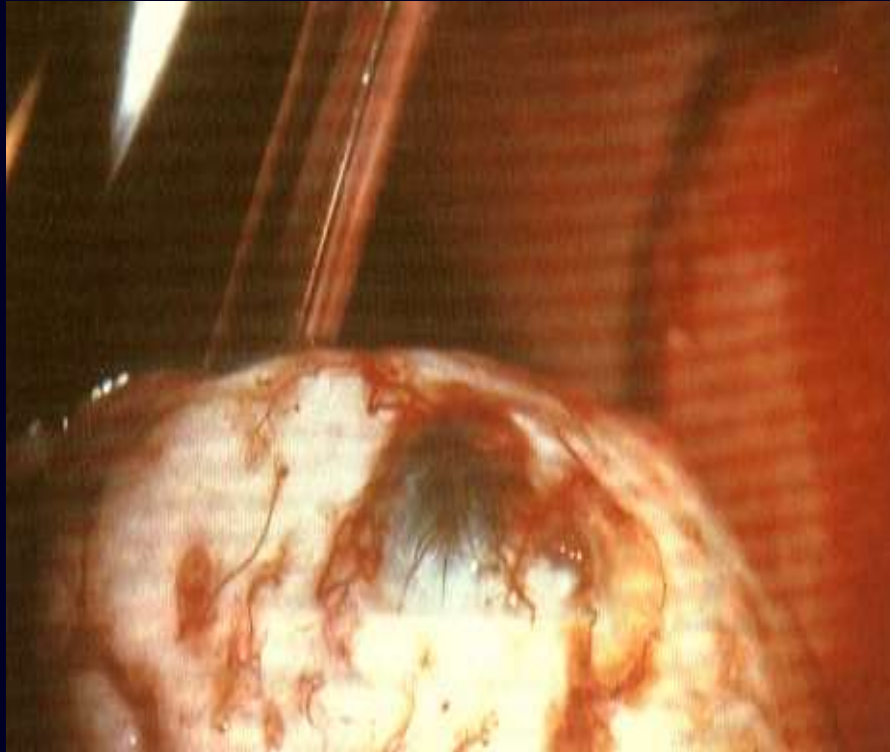


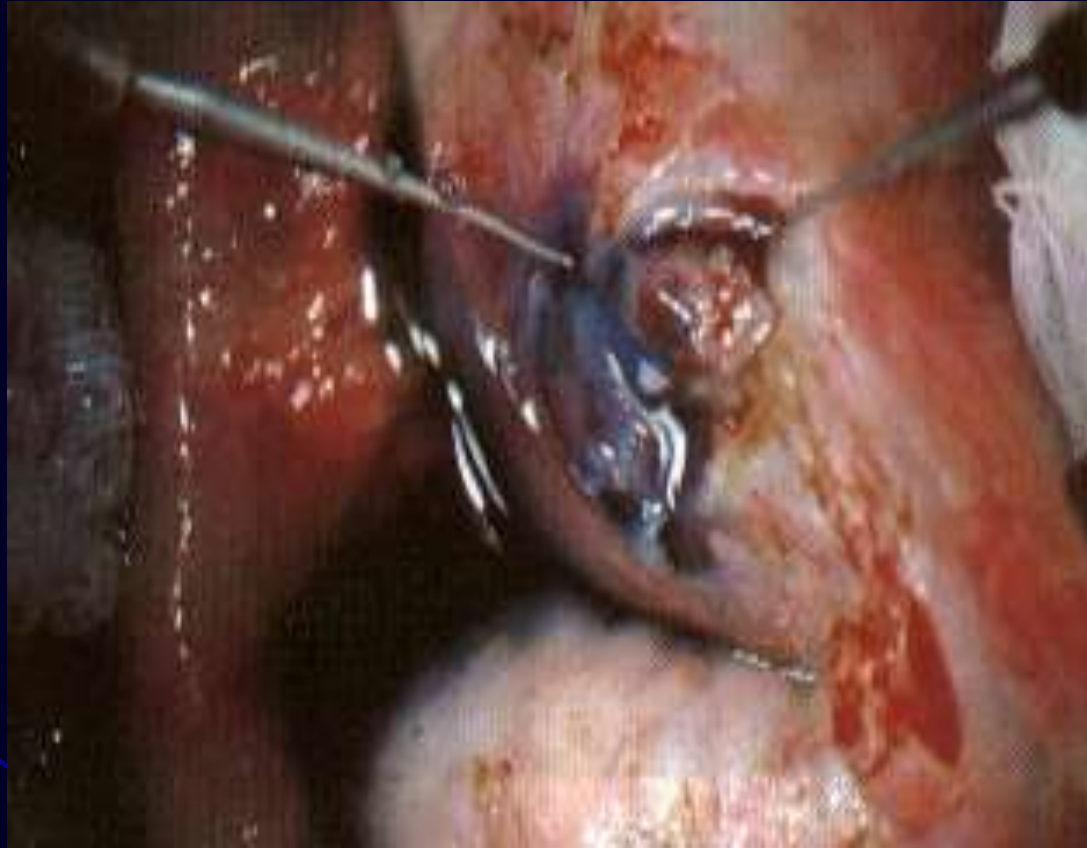




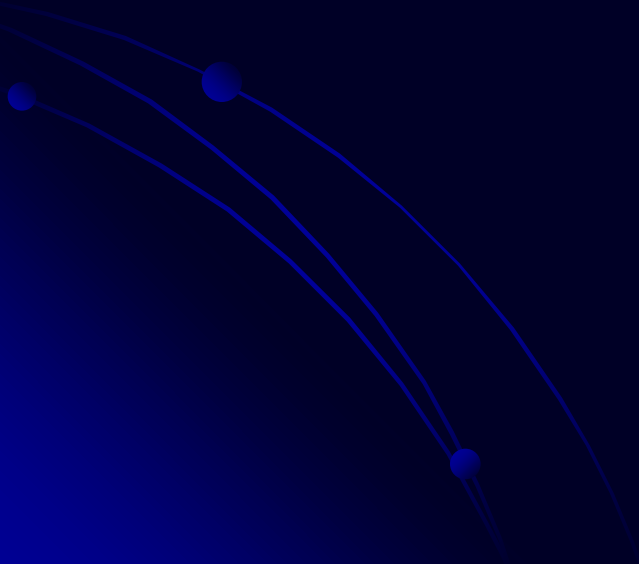




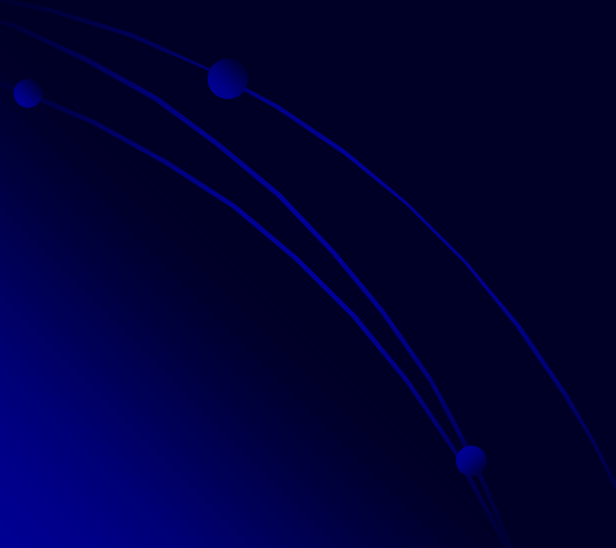




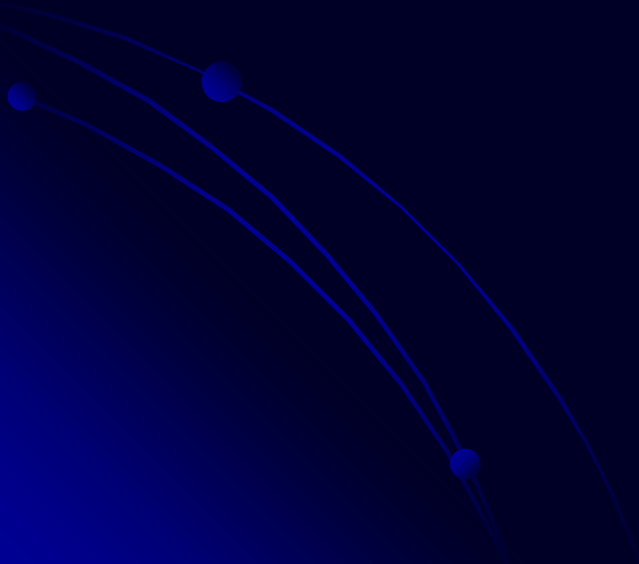
ADOLESCENTE x ENDOMETRIOSE (DOR)



- 66% < 20 anos de idade
- 70% qdo dismenorréia refratária tto comuns
- Diagnóstico: quadro clínico (dismenorréia severa)
- Marcador: ruim (ca 125: 40% Se / 60% Es)
- Maioria: 8 anos p/ fazer o diagnóstico
- **A doença é evolutiva**

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

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

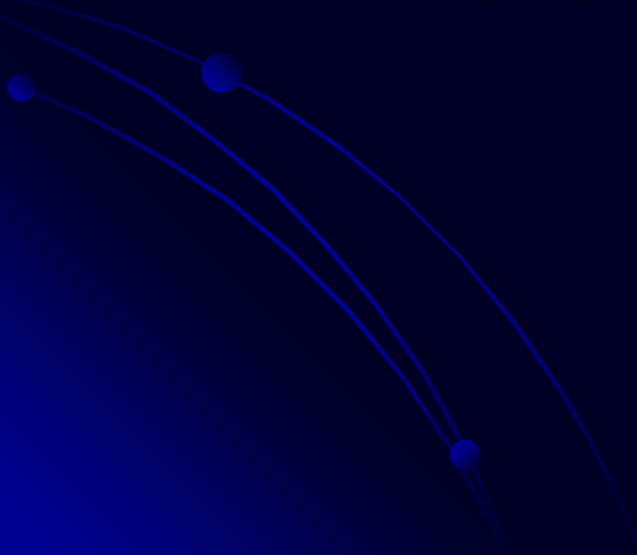


BLOQUEIO DA MENSTRUACÃO

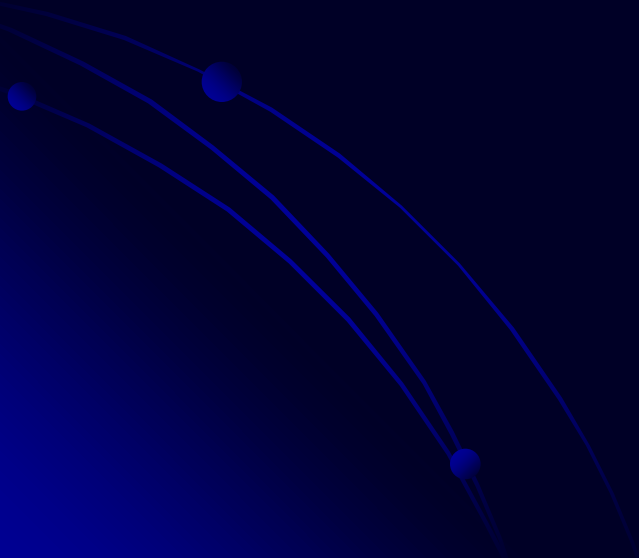
- Benefício médico:
 - SPM
 - TPM
 - Dismenorréia
 - Menorragia
 - Endometriose
 - Enxaqueca PM
 - CA endométrio e ovário

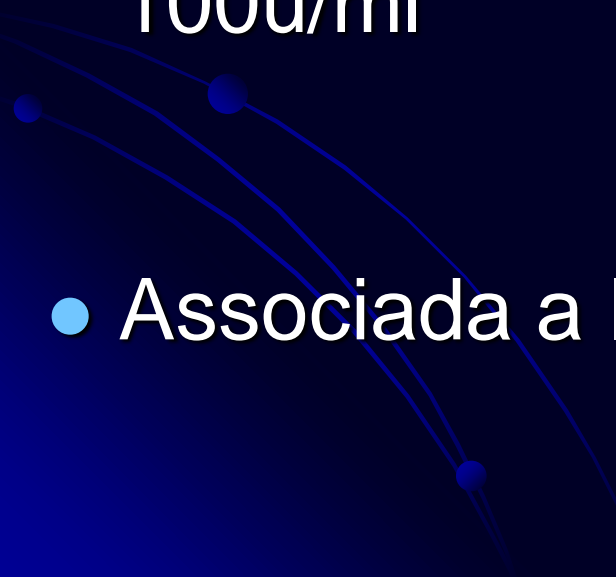
- Conveniência da mulher
- Não é fisiologicamente necessária
- ACO cíclico – arbitrária

- Mama – apoptose?



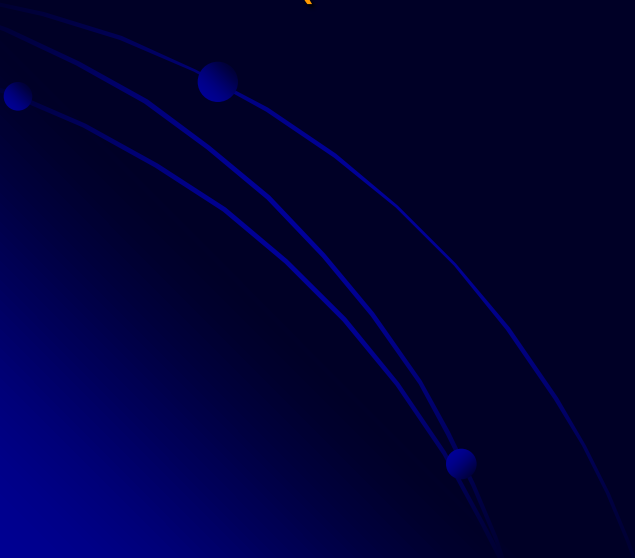
**QUANDO INDICAR A
VIDEOLAPAROSCOPIA PARA
ENDOMETRIOSE ?**



- Na falha ao tratamento clínico para dor pélvica
 - US alterado (endometrioma) e/ou CA 125 > 100u/ml
 - Associada a Infertilidade
- 



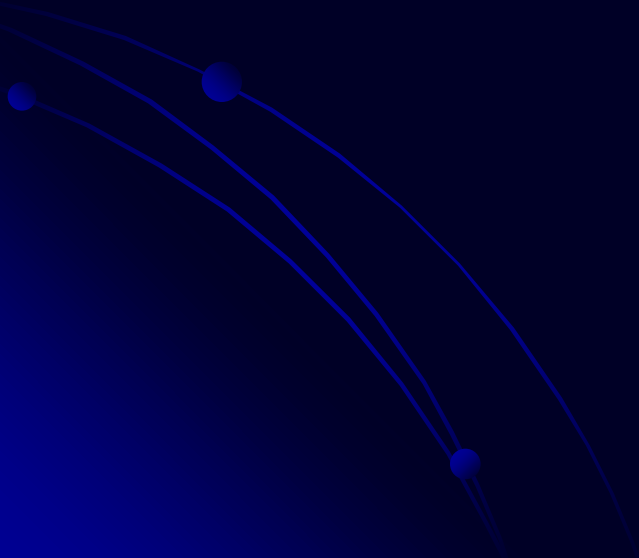
**O PREPARO PARA A
VIDEOLAPAROSCOPIA
(ENDOMETRIOSE PROFUNDA)**

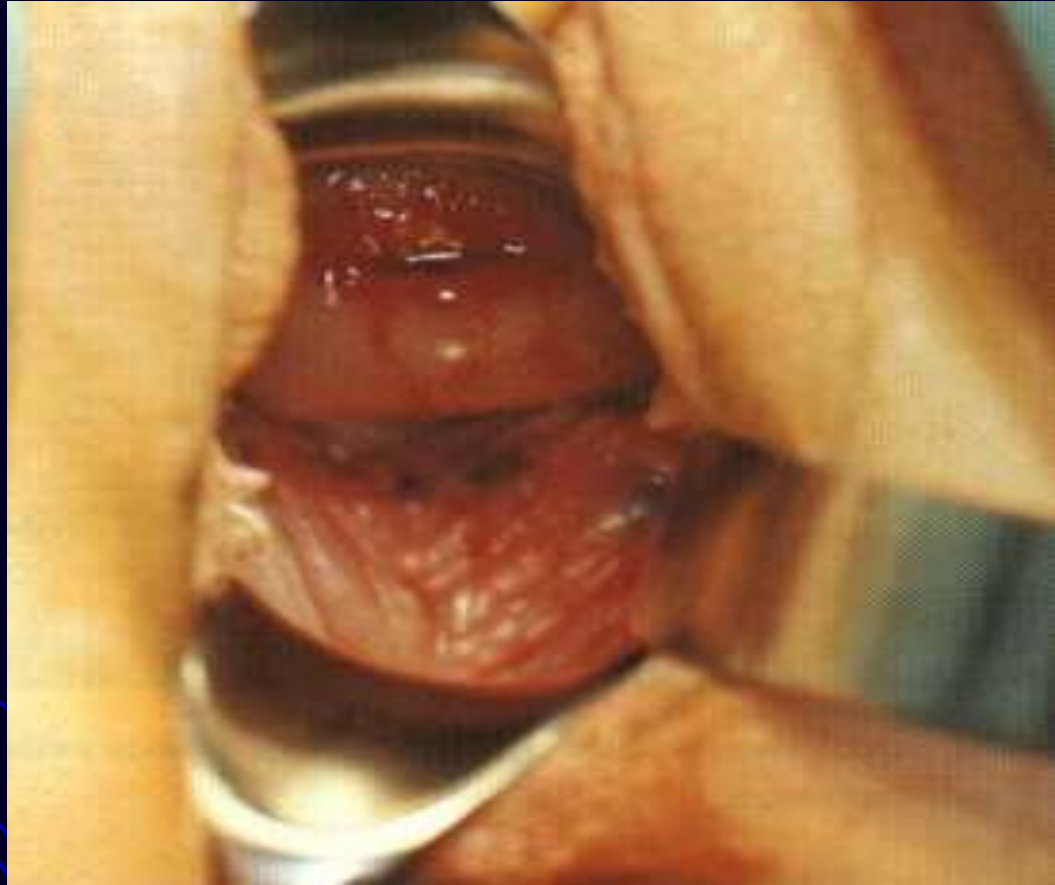


- Não há lugar atualmente para VL diagnóstica na endometriose profunda
- 60% doença multifocal
- 12 a 40% de lesão intestinal
- Nódulos profundos >3cm: 10% ureteral (urorressonância)
- Ideal é associação de métodos de imagem
- Planejamento cirúrgico (multidisciplinar)

- 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

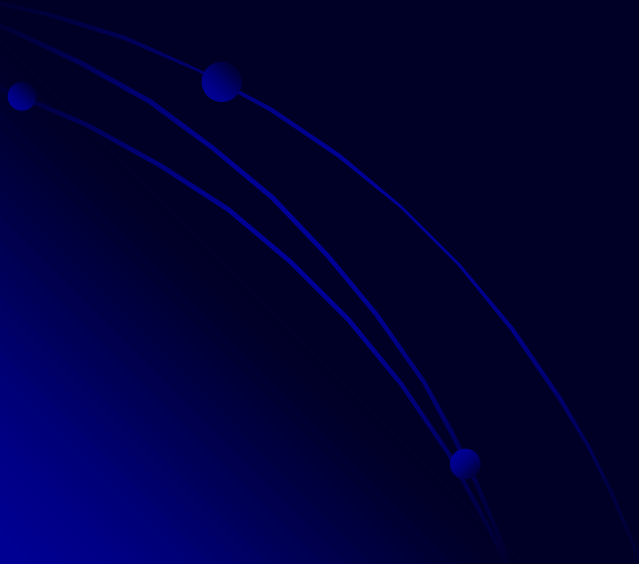
TODOS COM TREINAMENTO E
TÉCNICA ESPECÍFICA PARA
DIRECIONAR CONDUTA





TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE

CONSENSO ATUAL



- 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)

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

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

- **Perspectivas:**

- Imunoterapia
- Antiangiogênese
- Terapia gênica

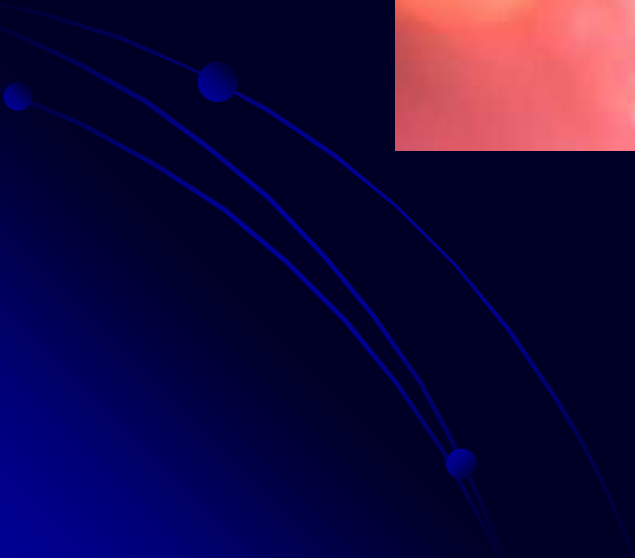
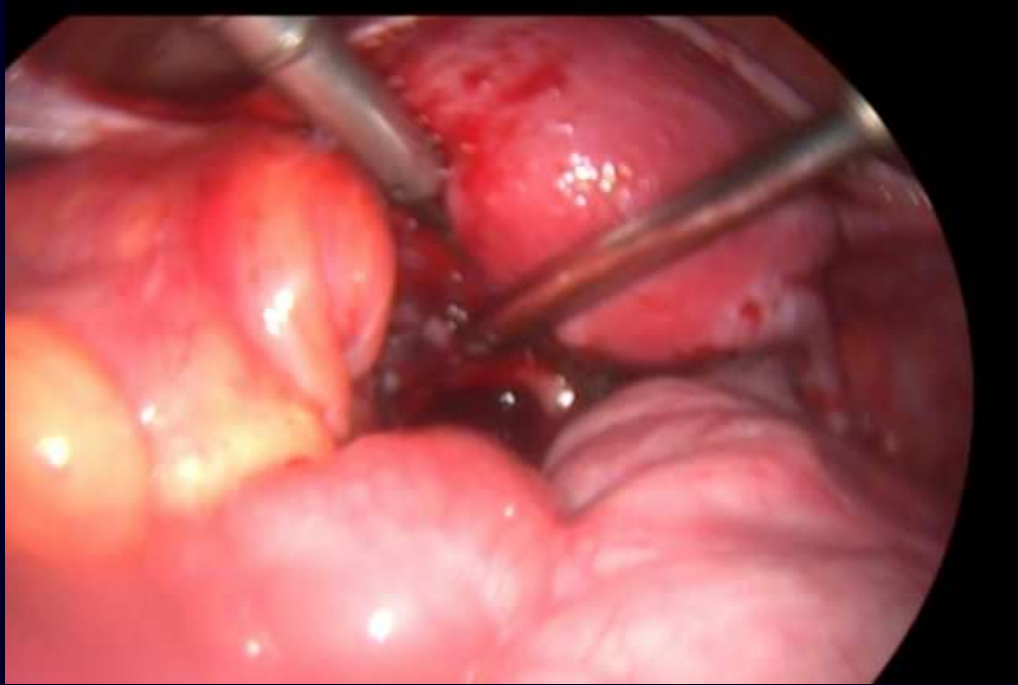
- Tratamento cirúrgico:

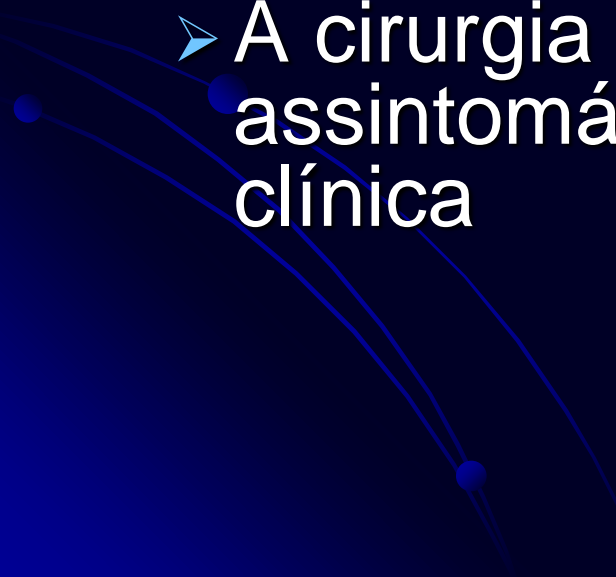
- Preferência por excisão das lesões

- Endometriomas: retirar cápsula (>3cm)

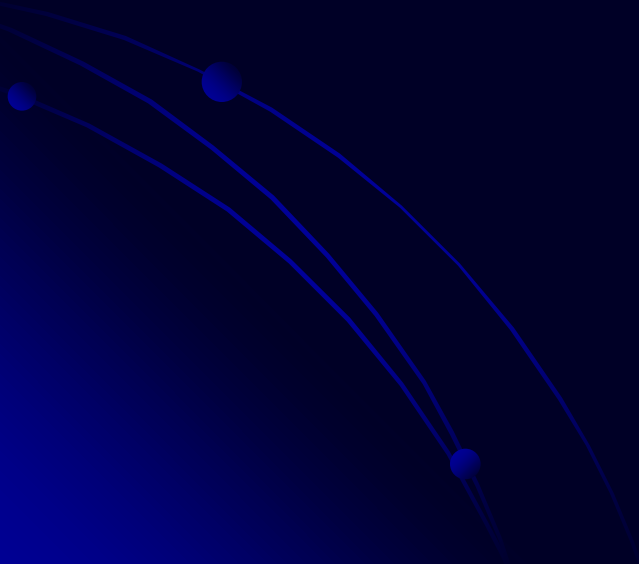
- Se optar pela cirurgia: completa

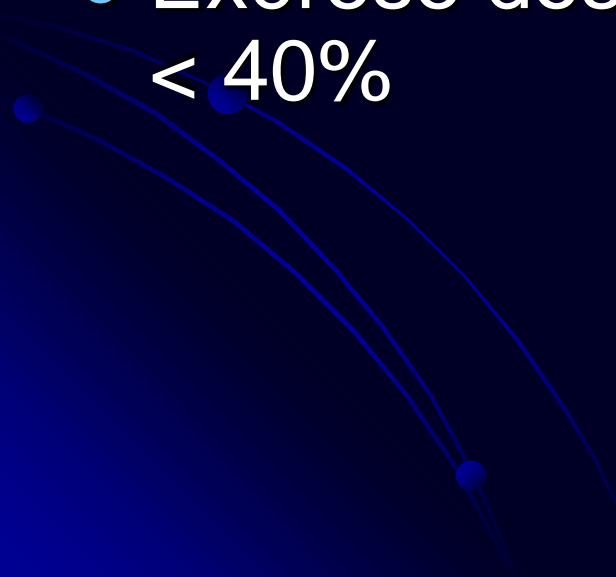
- Equipamento p/ lesão profunda (retrocervical): bisturi ultracision e grampeador linear – 30% complicações miccionais

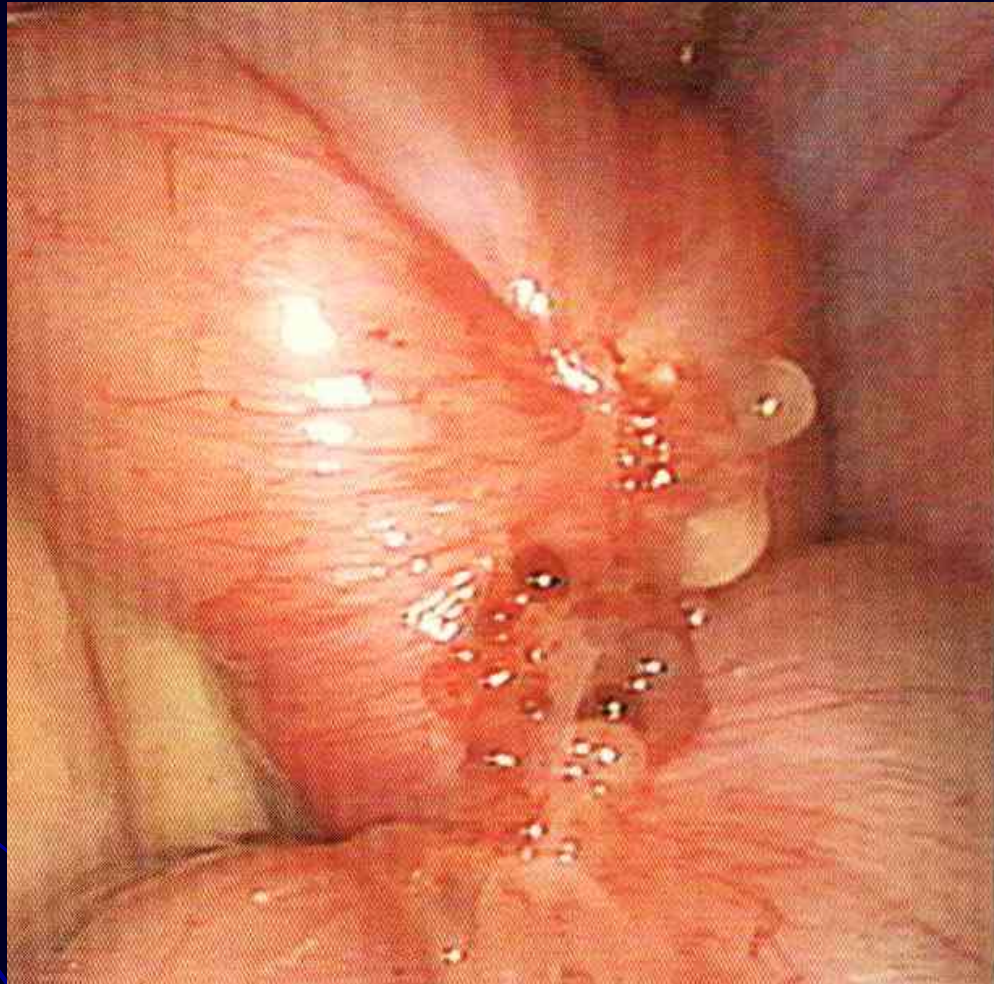


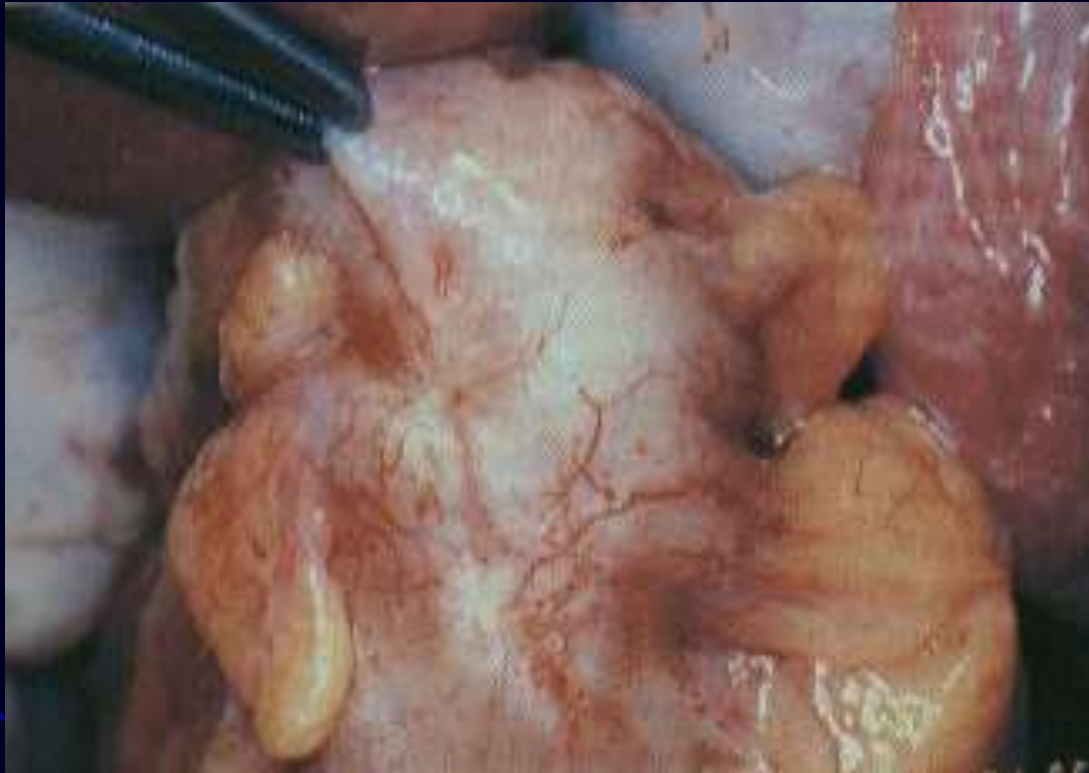
- Cirurgia robótica !
 - HTA: 30% recidiva
 - HTA c/ anexectomia e ressecção ampla: 0% recidiva
 - A cirurgia não é necessária p/ todas – assintomáticas e com boa resposta clínica
- 

QUANDO INDICAR A RESSECÇÃO INTESTINAL ?

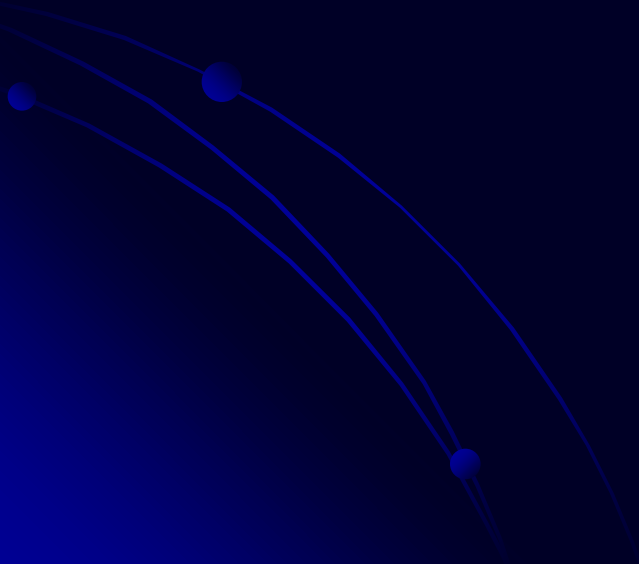


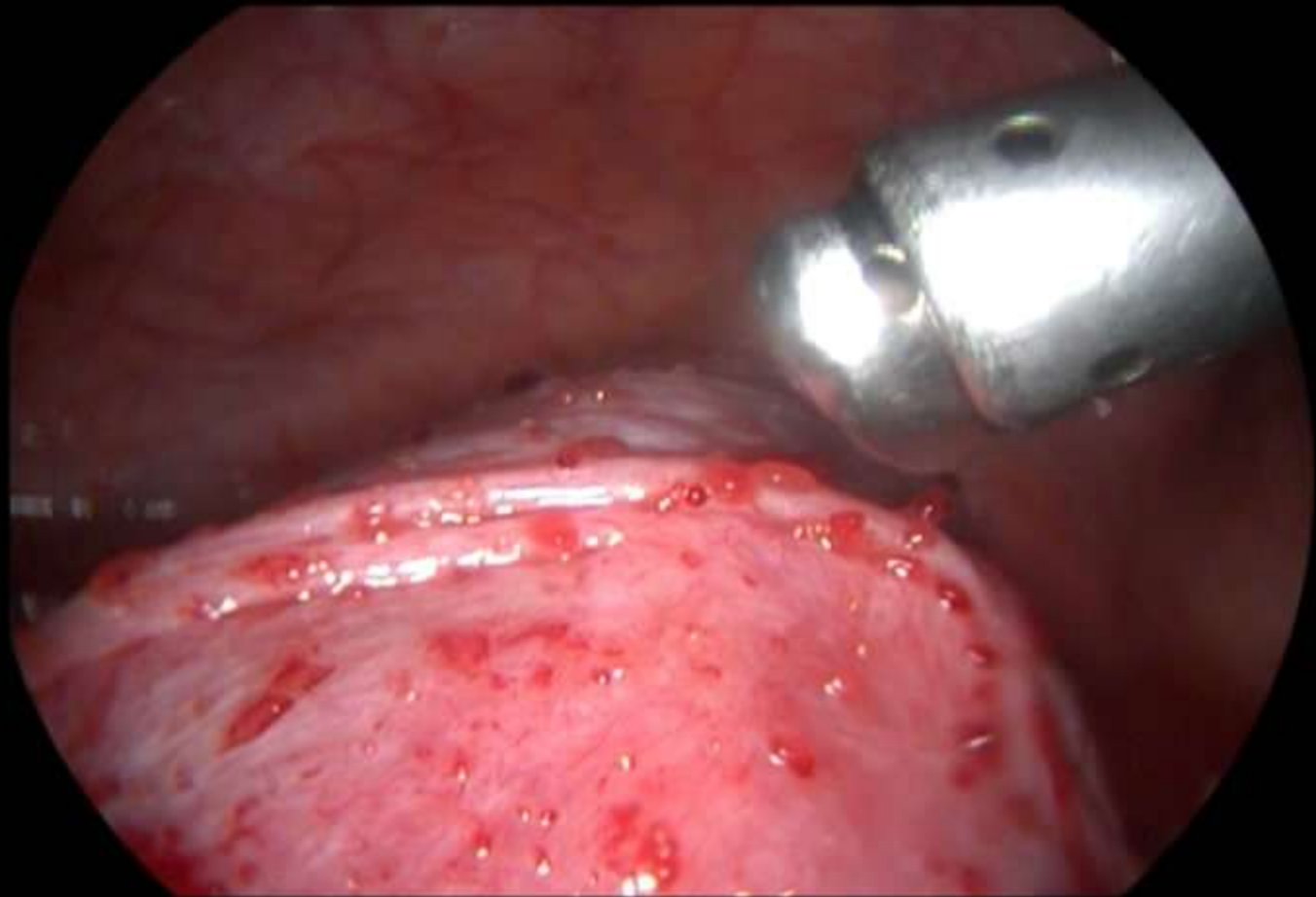
- Lesão musculo-mucosa
 - Circunferência > 40% : multifocais – melhor ressecção segmentar
 - Exérese dos nódulos: sero-muscular e < 40%
- 

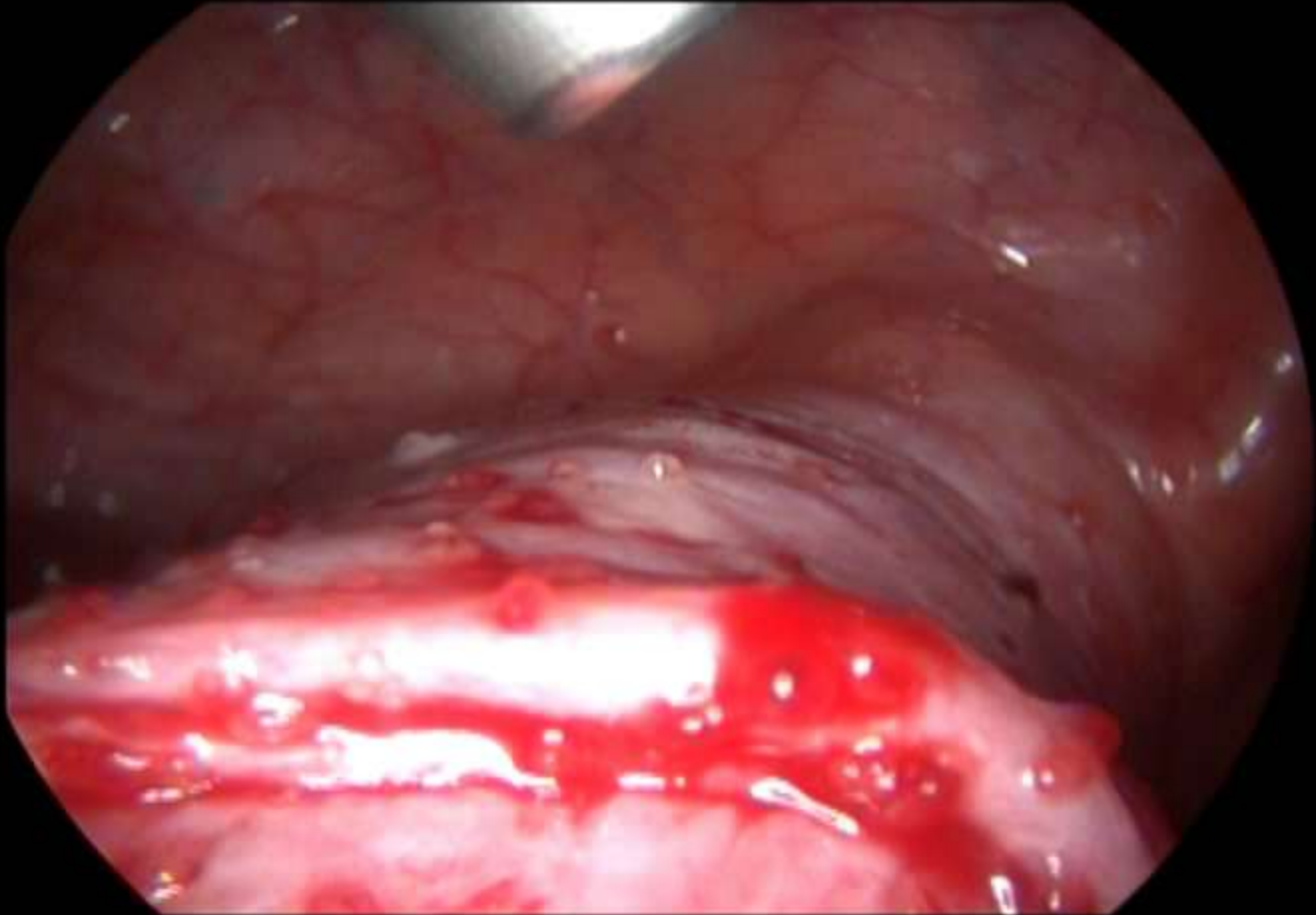


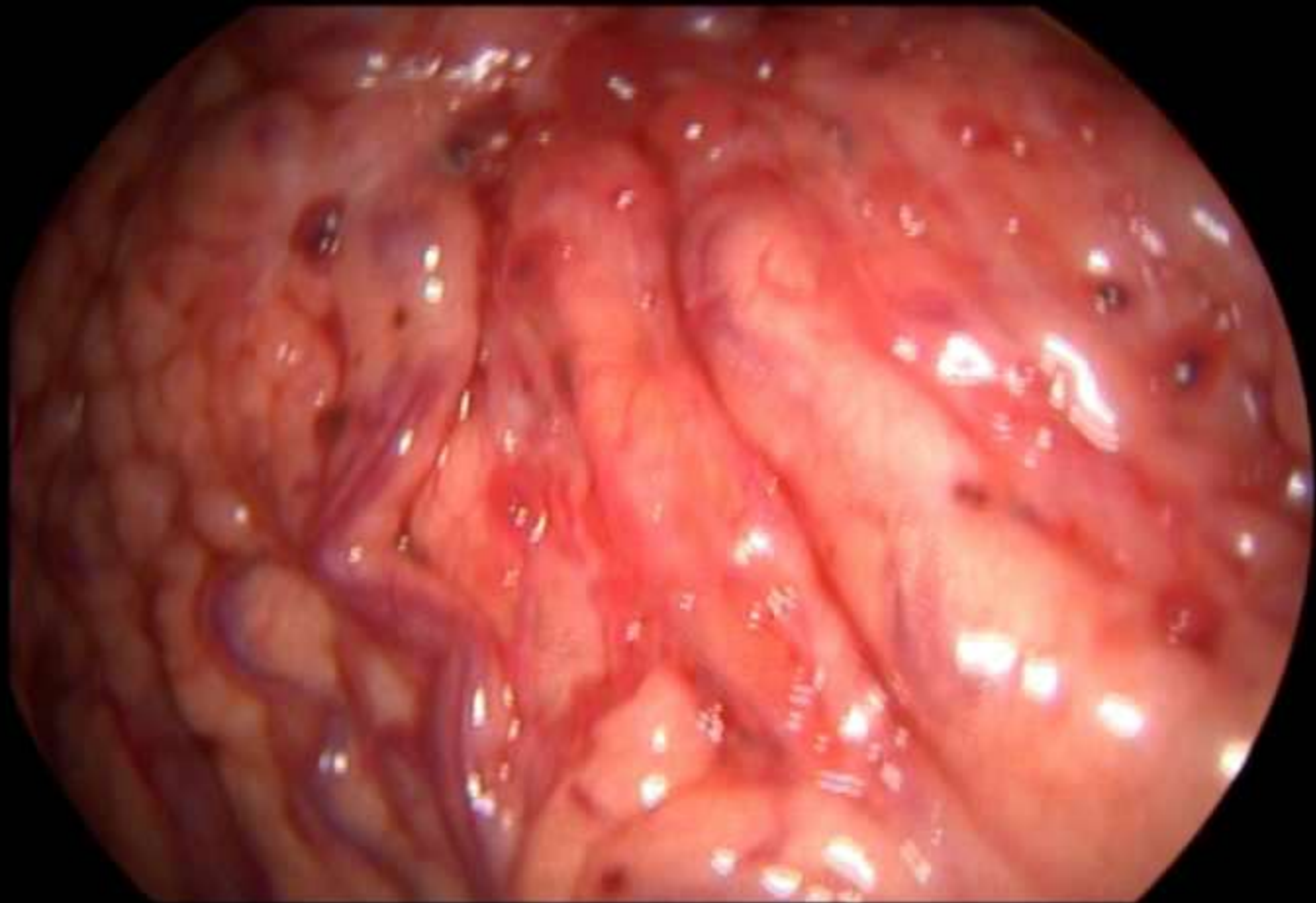


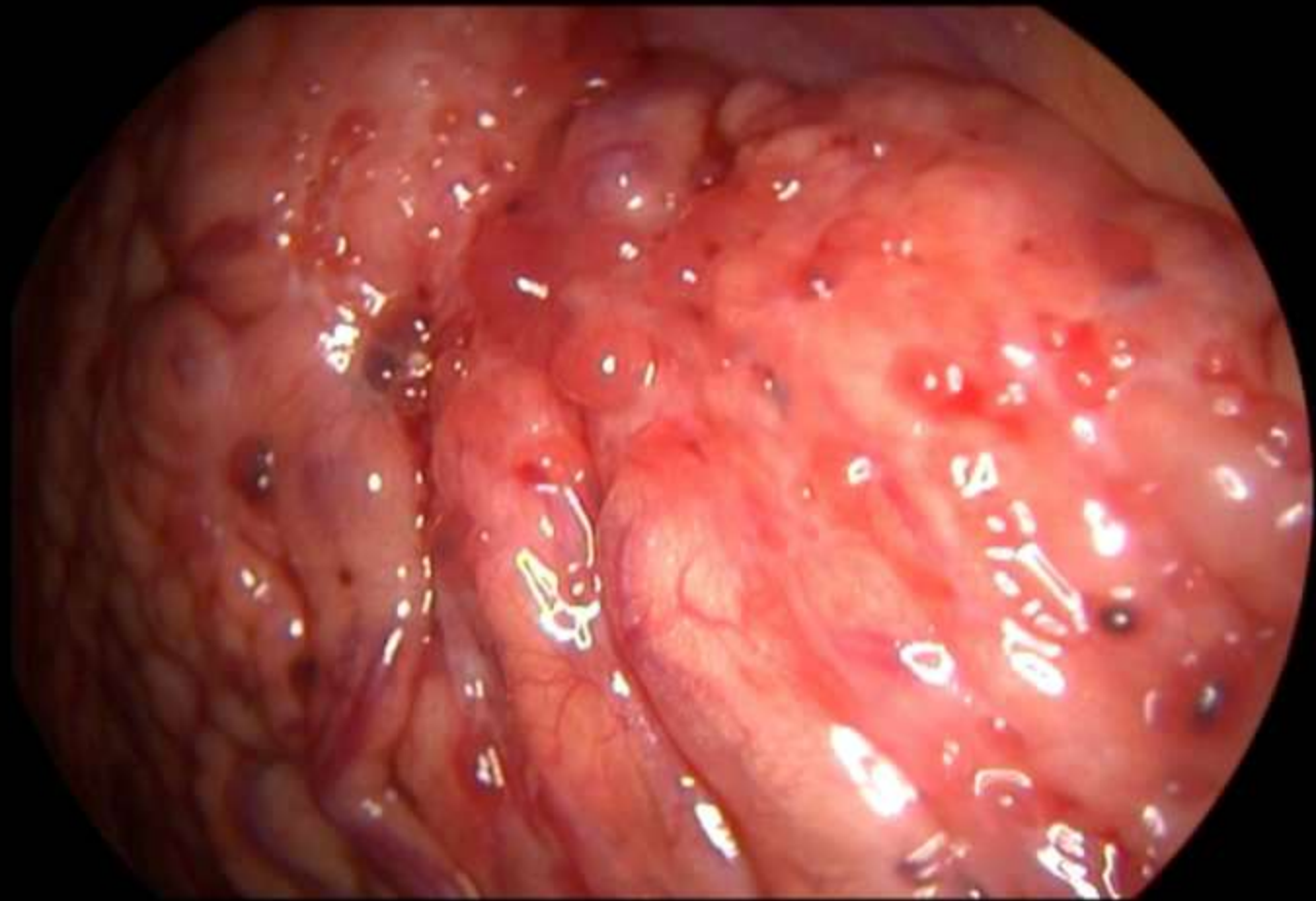
SITUAÇÕES ESPECIAIS

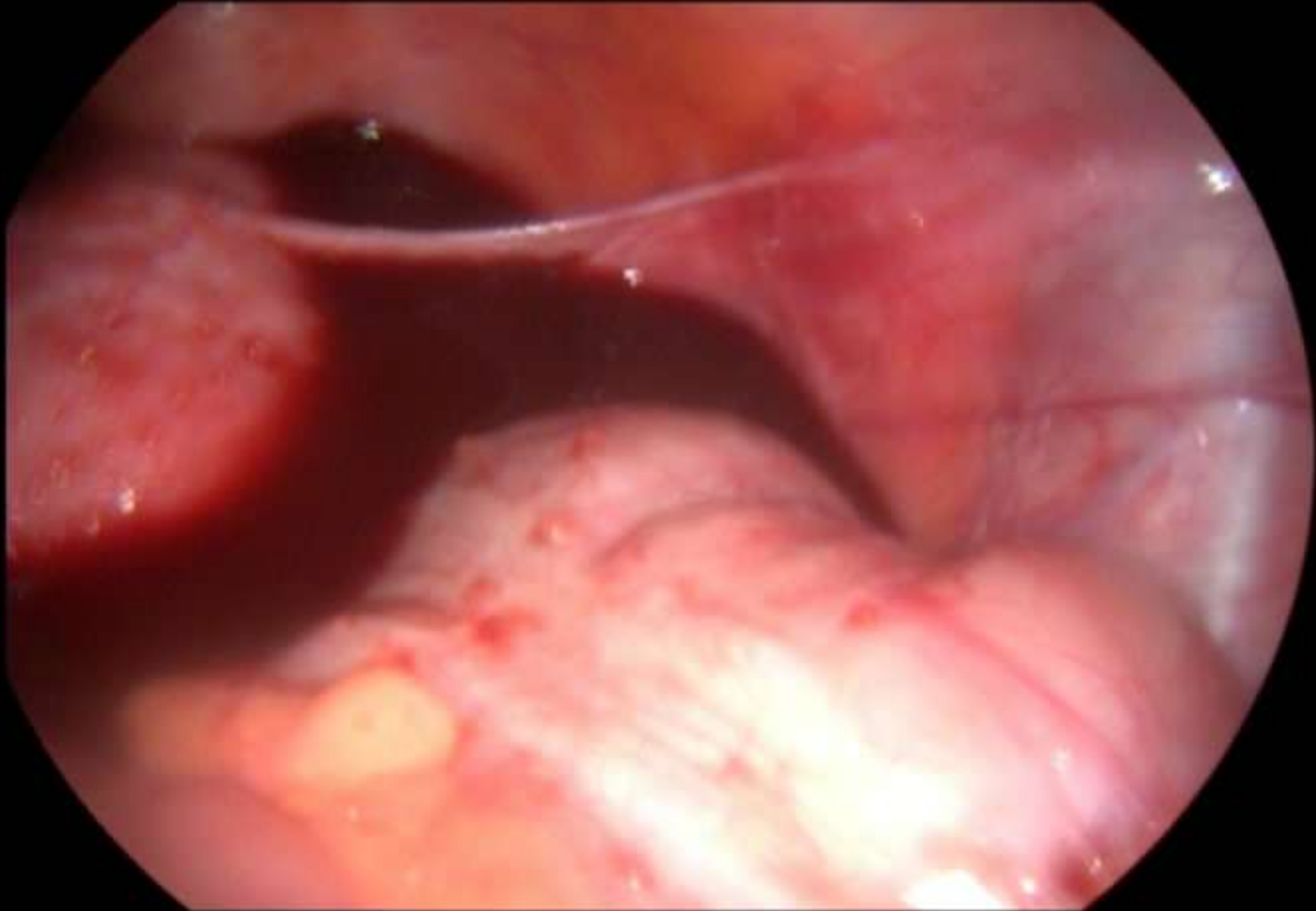














CONSIDERAÇÕES FINAIS

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