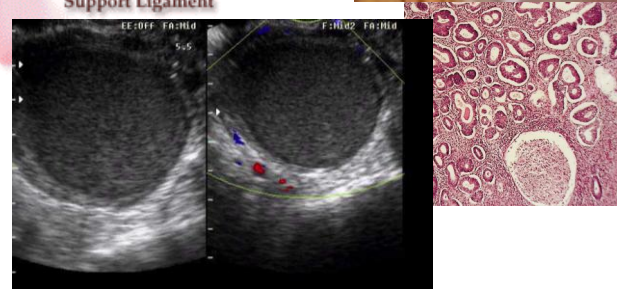
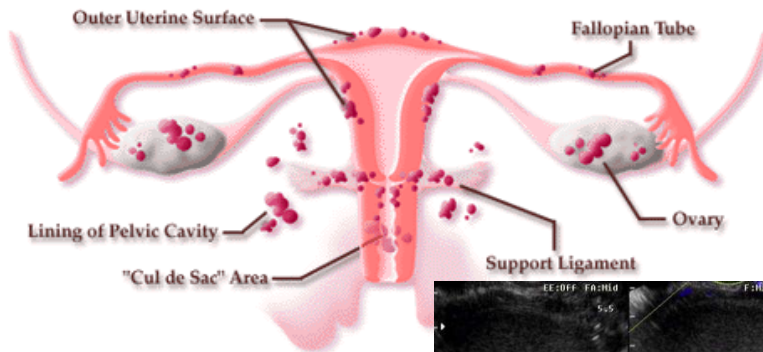




UM NOVO OLHAR SOBRE ENDOMETRIOSE

Serviço Ginecologia



Vanessa Santos, Filipa Caeiro
Amélia Pedro
Diretor: Dr. Silva Pereira



Endometriose

- Revisão teórica
- Casuística do HFF
- Alguns Casos...



Definição

Definição: Presença de glândulas e estroma endometriais fora do útero.

Locais + frequentes: órgãos pélvicos e peritoneu

Apresentação variável:

- Desde lesão mínima até distorção anatómica extensa com compromisso vesical, intestinal ou ureteral.



Frequentemente associado a dor pélvica crónica e infertilidade.





Epidemiologia

Incidência

- 6-10% mulheres em idade reprodutiva
- 38% mulheres inférteis
- 71-87% mulheres com dor pélvica crónica

- Provável aumento da incidência associado a aumento do diagnóstico

Fatores de Risco

- Infertilidade, menarca precoce, ciclos menstruais curtos, hipermenorreia, nuliparidade, anomalias mullerianas, exposição ao dietilbestrol, história familiar, cirurgias prévias...

Endometriose e Cancro

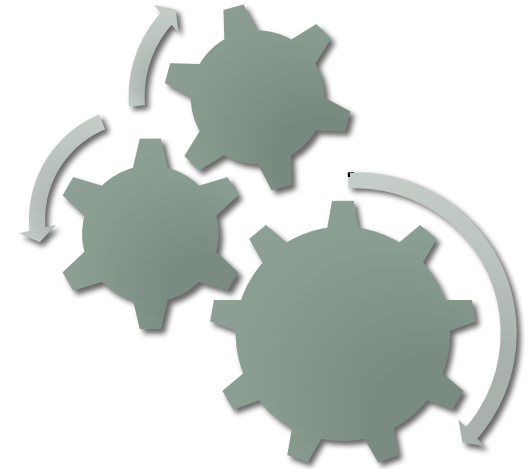
- Risco 1,3- 1,9x > carcinoma do ovário (endometrióide e células claras)
- Risco > linfoma Hodgkin e melanoma?



Etiologia

Múltiplas teorias:

- **Transplantação ectópica e tecido endometrial**
Implantação peritoneal por menstruação retrógrada
- **Transplantação iatrogénica**
Implantação em cicatrizes operatórias (CST, Portas laparoscópicas)
- **Metaplasia celómica**
Transformação epitélio celómico em tecido endometrial
- **Indução celómica**
Presença de indutores endógenos (hormonais) – promoção da diferenciação de cél peritoneais indiferenciadas em tecido endometrial
- **Disseminação linfática e hemática**
Disseminação à distância – pulmão/pleura, aparelho digestivo, aparelho urinário, canal inguinal, umbigo...
- **Genética**
Multigénica (genes envolvidos proliferação, neovascularização, resposta inflamatória)
- **Imunológica**





Manifestações Clínicas

História Clínica – Sintomas e Sinais

- Assintomática
- Infertilidade
- Dor pélvica crónica
 - Dismenorreia
 - Dispareunia
 - Disquécia
- Endometriose extra-pélvica
 - Massa palpável e dolorosa com padrão cíclico
 - Intestino: Obstipação, Rectorragias cíclicas
 - Uretér: Disúria, Hematúria
 - Pulmão/ Pleura: Hemoptises, Dispneia
 - Umbigo



Mecanismos de dor:

- ✓ Inflamação peritoneal
- ✓ Infiltração profunda com dano tecidual
- ✓ Aderências/Espessamentos fibróticos
- ✓ Irritação/ lesão dos nervos pélvicos
- ✓ Coleção hemática dos implantes peritoneais

Secundária:

- ✓ Início tardio no ciclo reprodutivo;
- ✓ Início da dor 2 semanas antes da menstruação, prolongando-se vários dias após;
- ✓ Agravamento com a idade;
- ✓ Grande incapacidade/perturbação das actividades diárias.

Mas... Não existe relação entre a gravidade da dor e o estadio/localização de doença!

Manifestações Clínicas

Exame Objetivo

- Inspeção e exame com espéculo: Lesões na vulva, vagina e colo
- Toque: posição desviada do colo e corpo uterino, útero em RV, nódulo no FSP, espessamento do septo recto-vaginal, massas anexiais palpáveis no FS



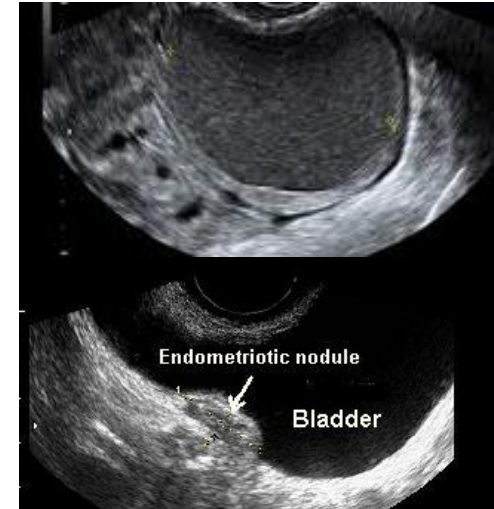
Mas, frequentemente EO sem alterações! ↓ S, E e VPP



Avaliação Complementar

Ecografia pélvica endovaginal:

- ✓ Avaliação de endometriomas (S-90%, E-100%)
Moore et al, 2002
- ✓ Avaliação de endometriose profunda SRV (S-97%, E-96%)
Hudelist et al, 2011
- ✓ Outros achados: Kissing ovaries, desvios anatômicos...

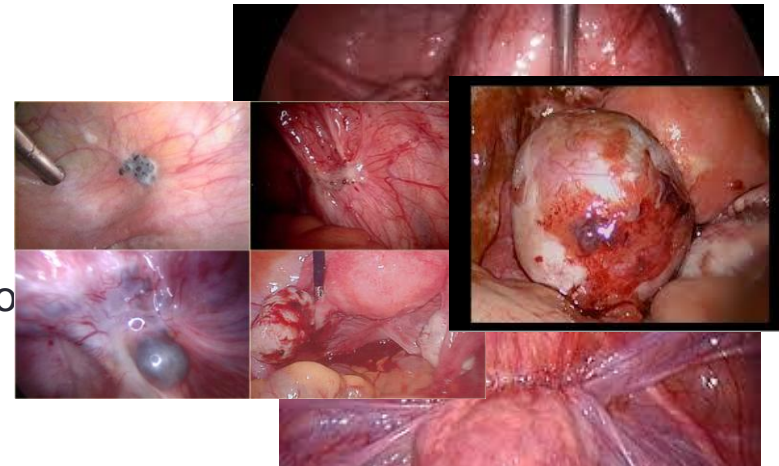


RM:

- ✓ Para diagnóstico diferencial
- ✓ Avaliação de endometriose profunda
- ✓ Baixa sensibilidade para implantes peritoneais

Laparoscopia:

- ✓ Diagnóstico de endometriose visual e histológico
- ✓ Diagnóstico diferencial
- ✓ Terapêutica: infertilidade/ dor



A ausência de confirmação histológica não exclui Endometriose!
A evidência científica não é clara quanto ao diagnóstico histológico apenas por laparoscopia!



Diagnóstico



Tempo de intervalo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico é prolongado: 8- 10 anos




Classificação

Gradação:

- Mínima – 1-5
- Ligeira – 6-15
- Modera – 16-40
- Grave - >40

Achados na laparoscopia:

- ✓ Aparência, tamanho e profundidade dos implantes peritoneais e ováricos
- ✓ Presença, extensão e tipo de aderências anexiais
- ✓ Grau de obliteração FSD



**THE AMERICAN FERTILITY SOCIETY
REVISED CLASSIFICATION OF ENDOMETRIOSIS**

Patient's Name _____ Date _____

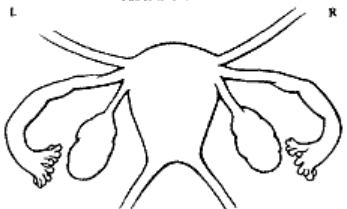
Stage I (Minimal) - 1-5 Laparoscopy _____ Laparotomy _____ Photography _____
 Stage II (Mild) - 6-15 Recommended Treatment _____
 Stage III (Moderate) - 16-40
 Stage IV (Severe) - >40
 Total _____ Prognosis _____

PERITONEUM	ENDOMETRIOSIS	<1cm	1-3cm	>3cm
	Superficial	1	2	4
Deep	2	4	6	
OVARY	R Superficial	1	2	4
	Deep	4	16	20
	L Superficial	1	2	4
	Deep	4	16	20
POSTERIOR CULDESAC OBLITERATION		Partial	Complete	
		4	40	
OVARY	ADHESIONS	<1/3 Enclosure	1/3-2/3 Enclosure	>2/3 Enclosure
	R Filmy	1	2	4
	Dense	4	8	16
	L Filmy	1	2	4
Dense	4	8	16	
TUBE	R Filmy	1	2	4
	Dense	4*	8*	16
	L Filmy	1	2	4
	Dense	4*	8*	16


*If the fimbriated end of the fallopian tube is completely enclosed, change the point assignment to 16.

Additional Endometriosis: _____ Associated Pathology: _____

To Be Used with Normal
Tubes and Ovaries



To Be Used with Abnormal
Tubes and/or Ovaries





Terapêutica

- Doença crónica – plano a longo prazo
- Melhor abordagem não está definida
- Escolha terapêutica:
 - Sintomas e sua gravidade
 - Localização e extensão da doença
 - Desejo de gravidez
 - Idade
 - Efeitos secundários
 - Complicações cirúrgicas
 - Custos

Laparoscopia – Gold-standard
para o diagnóstico; tratamento
conservador no mesmo tempo
cirúrgico



Terapêutica

Tratamento médico da dor associada a endometriose

- Tratamento empírico com analgésicos e terapêutica hormonal
 - Excluir outras causas de dor pélvica
 - Se resposta insuficiente – laparoscopia diagnóstica
- Tratamento Hormonal:
 - CHC
 - Progestagenios
 - Anti-progestagenios
 - Agonistas e Antagonistas GnRH
 - Inibidores da aromatase

Opinião da doente
Efeitos secundários
Eficácia
Custo
Disponibilidade



Terapêutica

Tratamento médico da dor associada a endometriose

- CHC
 - Amplamente utilizados
 - Revisão Cochrane – eficazes no controlo da dor associada a endometriose
 - Benefícios adicionais – contracepção, controlo do ciclo menstrual
 - Esquema contínuo em casos mais graves
 - Anel vaginal e sistema transdérmico



Terapêutica

Tratamento médico da dor associada a endometriose

- Progestagenios e Anti-progestagenios
 - Terapêutica recomendada
 - Efeitos secundários – efeitos tromboembólicos e androgénicos
 - Progestagenios – medroxiproesterona, dienogeste, acetato ciproterona, etc.
 - Anti-progestagenios – gestrinona
 - Sistema Intra-uterino libertador de levonorgestrel (Mirena®)
- Agonistas GnRH (leuprolide, goserelina, etc.)
 - Com ou sem terapêutica add-back (recomendável)
 - São eficazes
 - Efeitos secundários graves
- Antagosnitas GnRH – sem eficácia demonstrada



Terapêutica

Tratamento médico da dor associada a endometriose

- Inibidores da Aromatase
 - Endometriose septo recto-vaginal
 - Refractária a outros tratamentos médicos ou cirúrgicos
 - Em combinação com CHC, progestagénios ou agonistas GnRH
 - Efeitos secundários graves – usar apenas se falha de outros tratamentos



Terapêutica

Tratamento cirúrgico da dor associada a endometriose

- Laparotomia vs Laparoscopia
 - Igualmente eficazes
 - Laparoscopia – benefícios:
 - Menos dor pós-operatório
 - Internamento mais curto
 - Menor risco de aderências pélvicas
 - Regresso mais rápido ao trabalho
 - Melhor efeito cosmético
- Excisão vs Ablação
 - Ambas possíveis para redução da dor associada à endometriose
 - Excisão permite histologia
 - Ablação não é adequada nas formas mais avançadas



Terapêutica

Tratamento cirúrgico da dor associada a endometriose

- Endometrioma ovárico
 - Quistectomia superior à drenagem e coagulação
- Endometriose profunda
 - Cirurgia é eficaz
 - Taxa de complicações significativa
 - Shaving vs ressecção segmentar
 - Centro de referência
 - Equipa multidisciplinar
- Histerectomia + anexectomia
 - Falha de resposta a tratamentos mais conservadores
 - Sem desejo de fertilidade



Terapêutica

Tratamento cirúrgico da dor associada a endometriose

- LUNA – ablação laparoscópica nervos útero-sagrados
 - Não recomendada
- Neurectomia pré-sagrada
 - Eficaz em conjugação com cirurgia conservadora
 - Experiência



Terapêutica

Endometriose extra-genital

- Evidência limitada
- Remoção cirúrgica quando possível

Endometriose e Infertilidade

- Orientação própria em Centros Especializados em Infertilidade



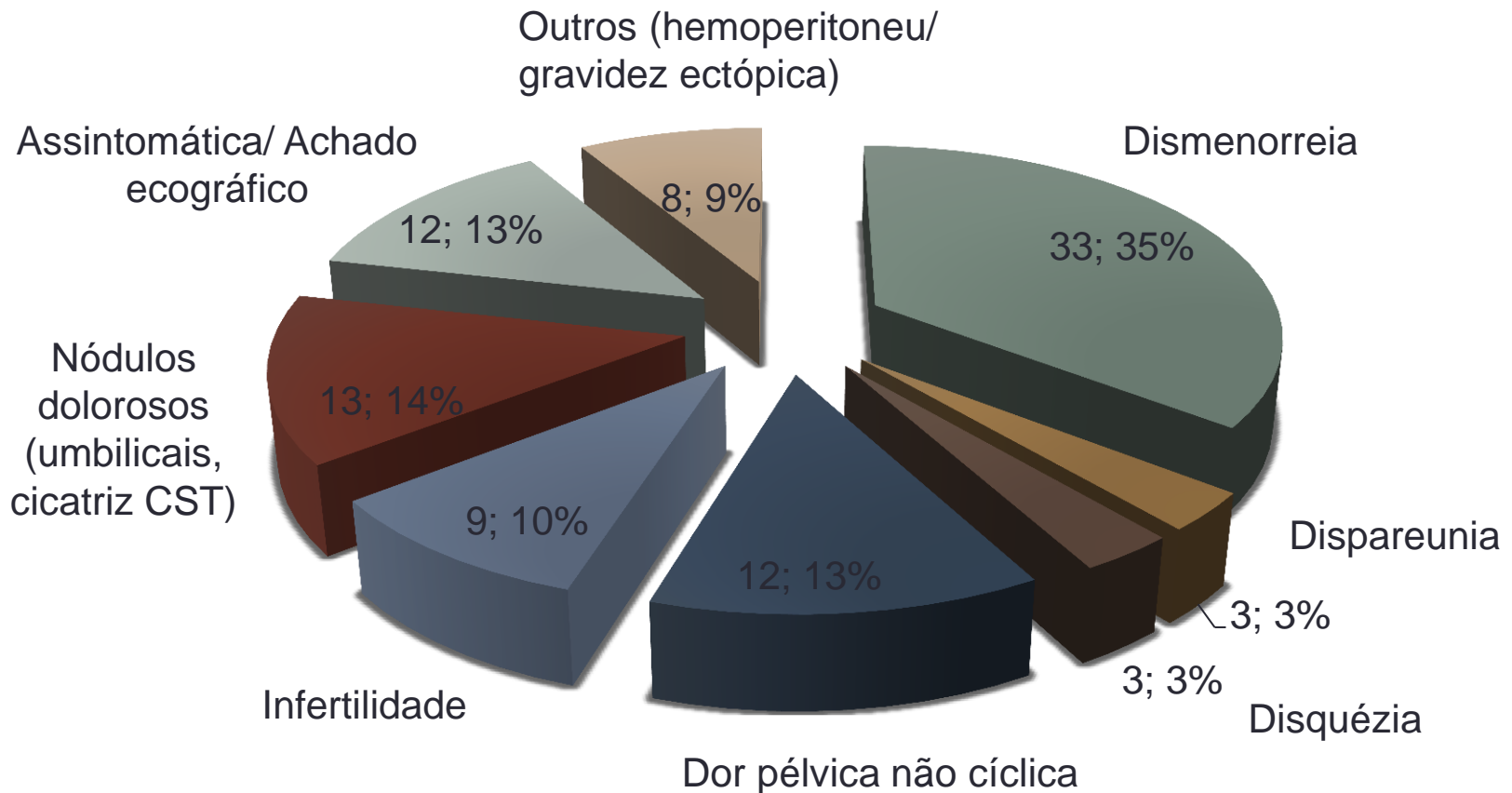
Casuística HFF

- 2010-2013 (4 anos)
- Análises retrospectiva dos processos codificados com diagnóstico de endometriose
- Especialidades: Ginecologia, Cirurgia Geral, Urologia, Cirurgia Plástica
- N – 78
- Idade média no diagnóstico: 36,5 Anos (min – 22 anos ; max- 73 anos)



Casuística HFF

Apresentação clínica:





Casuística HFF

Terapêutica:

- Apenas médica/expectante - 2
- Cirúrgica c/ ou s/ médica – 76
 - Laparoscopia: 37
 - Laparotomia: 25
 - Conversão laparotomia - 1
 - Exerese de nódulos (cicatriz cesariana, umbilical) - 13
 - Colocação de catéter duplo J – 1
- Referenciação à consulta de infertilidade (HSM/MAC) - 9



Casuística HFF

Laparoscopia

Adesiólise	8
Ureterólise	1
Anexectomia	11
Salpingectomia	3
Quistectomia	19
Drenagem endometriomas	1
Excisão nódulo vesical	1
Excisão nódulo ligamento útero-sagrado	3
Excisão nódulo SRV	3
Excisão nódulo prega vesico-uterina	1
Fulguração focos parietais	1

Laparotomia

HT c/ AB	16
Quistectomia	2
Adesiólise	7
Ressecção intestinal c/ ou s/ colostomia	7
Exerese nódulo epiplon	1
Anexectomia	2



Casuística HFF

Intervenções cirúrgicas no SU

- 1 caso Gravidez Ectópica Rota – Salpingectomia laparoscópica
 - DH – ENDOMETRIOSE TUBÁRIA
- 1 caso Abdómen Agudo com perfuração do recto por abcesso tubo-ovário e endometrioma – Cirurgia de Hartmann
 - DH – ENDOMETRIOSE
- 1 caso Abdómen Agudo – Laparotomia exploradora: processo aderencial extenso com múltiplos focos de endometriose (parietal e intestinal)
 - DH – ENDOMETRIOSE
- 1 caso Oclusão Intestinal - Laparotomia exploradora + Cirurgia Hartmann
 - DH – ENDOMETRIOSE CÓLON E APÊNDICE ILEO-CECAL



Caso Clínico 1

- 28 anos
- 26/04/2012 - Quadro de oclusão intestinal com 3 dias de evolução
- TC abdominopélvica Urgente:
 - Marcada dilatação de todo o cólon, obstrução ao nível da sigmoideia, não se identificam massas
 - Hipótese mais provável – hérnia interna
 - Uretero-hidronefrose esquerda



Caso Clínico 1

- Laparotomia exploradora:
 - dilatação cólica
 - estenose marcada da sigmoideia envolvida em processo pélvico inflamatório / neoplásico envolvendo:
 - útero, trompas e ovários
 - bexiga, apêndice
 - uretero esquerdo – dilatado
- Cirurgia de Hartmann + apendicectomia com colostomia terminal na FIEsq
- Colocação stent ureteral à esquerda por uretero-hidronefrose



Caso Clínico 1

- DH: Endometriose do tracto GI com envolvimento do cólon e apêndice ileocecal
- Consulta de Ginecologia:
 - Terapêutica com desogestrel
- RMN Pélvica:
 - formação quística AADta com 3 cm de maior eixo, características de sinal compatíveis com a presença de sangue
 - endometriose subperitoneal do fundo-de-saco pélvico anterior
 - convergência de estruturas pélvicas anexiais e intestinais para o útero, sugerindo alterações fibróticas retrácteis
 - alterações compatíveis com a presença de envolvimento ovárico e peritoneal por endometriose
 - face posterior do útero – alterações de endometriose pélvica profunda em continuidade com espessamento da parede do fundo-de-saco vaginal posterior



Caso Clínico 1

- 01/10/2012 – Retirado stent ureteral
- 26/02/2013 – Reconstrução do trânsito intestinal
- 12/06/2013 – Consulta de Ginecologia
 - Mantém dismenorreia e dispareunia - inicia Dienogeste
 - Nódulo Septo Recto-Vaginal com +/- 1cm, doloroso
- 19/02/2014 – Consulta de Ginecologia
 - Melhoria franca das queixas algicas com Dienogeste
 - Ecografia pélvica – sem alterações
 - Mantém-se em vigilância



Caso Clínico 2

- 25 anos; IO – 0000
- Encaminhada à consulta Ginecologia por suspeita de nódulo de endometriose vesical
- TAC PÉLVICA 11/07/2012:
 - Nódulo em aparente topografia intra-vesical, sugestivo de endometrioma vesical
- CISTOSCOPIA:
 - imagem nodular na parede posterior da bexiga com lesões eritematosas, punctiformes
- RTU-V
 - endometriose da bexiga



Caso Clínico 2

- RMN Pélvica:
 - imagem nodular sólida heterogénea localizada no fundo-de-saco vesico-uterino, com 3 cm de maior eixo com características compatíveis com foco de endometriose pélvica profunda
- Cirurgia:
 - Cistoscopia – delimitação da lesão da bexiga com ansa bipolar e cateterização do uretero esquerdo
 - Laparoscopia:
 - Repuxamento do peritoneu vesical à esquerda
 - Nódulo com procidência no peritoneu anterior com cerca de 5 cm
 - Repuxamento do lig. útero-sagrado esquerdo envolvido por nódulo do septo recto-vaginal.
 - Excisão do nódulo da bexiga com abertura da bexiga e posterior sutura da mesma
 - Excisão de nódulo do septo rectovaginal



Caso Clínico 2

- DH: endometriose da bexiga e septo recto-vaginal
- Iniciou ACO (EE + Dienogeste)
- Mantém vigilância em consulta de Ginecologia



Conclusões

- Apresentação clínica variável, frequentemente associada a dor pélvica, dismenorreia e infertilidade
- Diagnóstico resulta da suspeição clínica, documentação imagiológica e laparoscópica e confirmação histológica
- Classificação tem má correlação com os sintomas / dor
- Carácter agressivo causador de grande morbidade / interferência na qualidade de vida da mulher
- Abordagem terapêutica nos casos graves deve ser multidisciplinar e em centros com experiência
- Casos associados a infertilidade devem ser referenciados a centros com esta valência



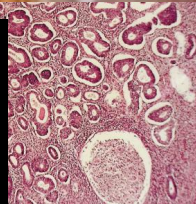
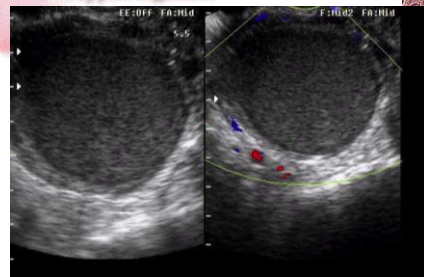
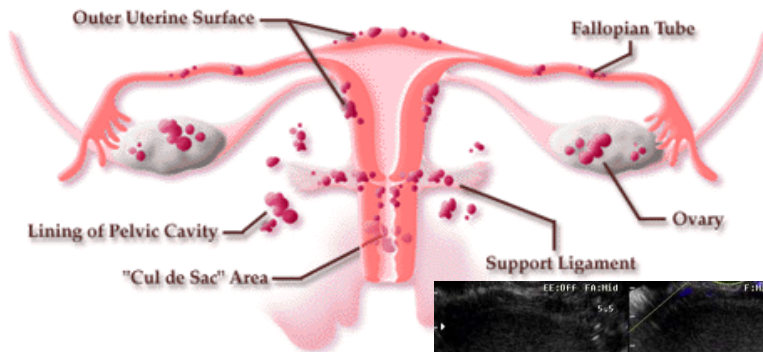
Bibliografia

- Uptodate
- Endometriosis, in Berek and Novak's, Gynecology, 15^a Edition, Lippincott, 505-556
- Management of Endometriosis, ACOG – Practice Bulletin, Julho 2010
- G.A.J. Dunselman et al, ESHRE Guideline: Management of women with endometriosis, Human Reproduction 2014, 29: 3; 400-412



UM NOVO OLHAR SOBRE ENDOMETRIOSE

Serviço Ginecologia



Vanessa Santos, Filipa Caeiro
Amélia Pedro
Diretor: Dr. Silva Pereira