



VII CONGRESSO CATARINENSE
DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA
II Congresso Catarinense de Perinatologia

25 a 27 de junho de 2015 | Expoville | Joinville | SC

Jean Louis Maillard

Declaração de conflito de interesse

Não recebi qualquer forma de pagamento ou auxílio financeiro
de entidade pública ou privada para pesquisa ou
desenvolvimento de método diagnóstico ou terapêutico ou
ainda, tenho qualquer relação comercial com a indústria
farmacêutica

ENDOMETRIOSE

Jean Louis Maillard

Fecundare



VII CONGRESSO CATARINENSE DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

II CONGRESSO CATARINENSE DE PERINATOLOGIA

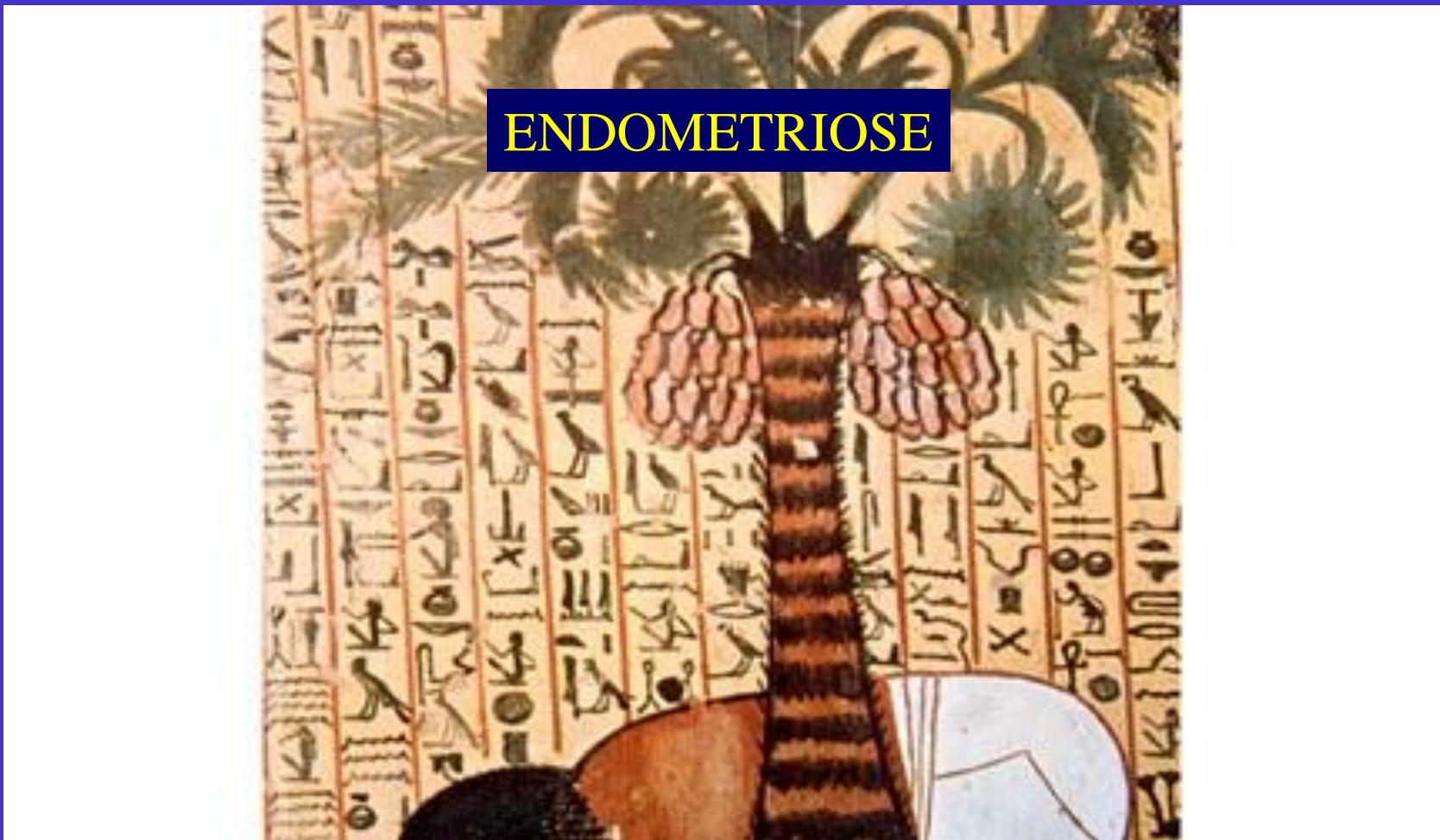
25 a 27 de junho de 2015 | Expoville | Joinville - SC



Jean Julien Mailard

Formou-se na França, em 1950, onde fez especialização até 1954. Foi para Caxias do Sul em 1958 e tornou-se pioneiro em Laparoscopia, a partir de 1963.

ENDOMETRIOSE



DEFINIÇÃO: É a presença de tecido endometrial (glândula e estroma) fora do seu local habitual (útero), com mesma estrutura histológica e resposta fisiológica da mucosa uterina.

jlm



LOCALIZAÇÃO

IMPORTÂNCIA

- Interferir na fertilidade.
- Dor pélvica interferindo atividade profissional.
- Localização em FSD, vagina ou ligamentos útero-sacros, pode levar a uma dispareunia de profundidade.

Epidemiologia

A Endometriose é uma condição prevalente:

★ 5–10% da população feminina

5.5 milhões de mulheres nos EUA

16 milhões na Europa

Afeta as mulheres durante os anos reprodutivos

O aparecimento durante a juventude é sinal de maior gravidade

★ 50% nas mulheres com dismenorreia

75% nas mulheres com dor pélvica

25–40% nas mulheres com infertilidade/subfertilidade

jlm

Mudança no perfil reprodutivo com menarca mais precoce,
gestação tardia e diminuição número de partos.



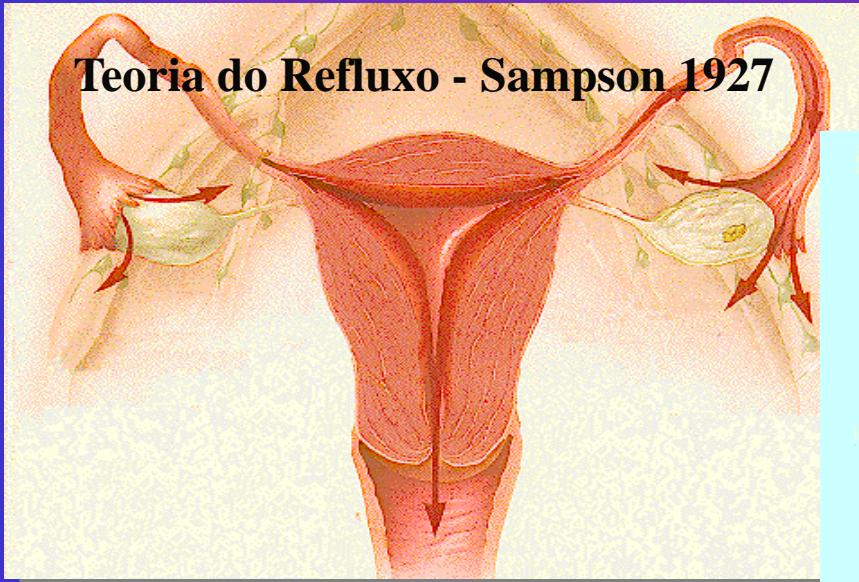
AUMENTO DA INCIDÊNCIA



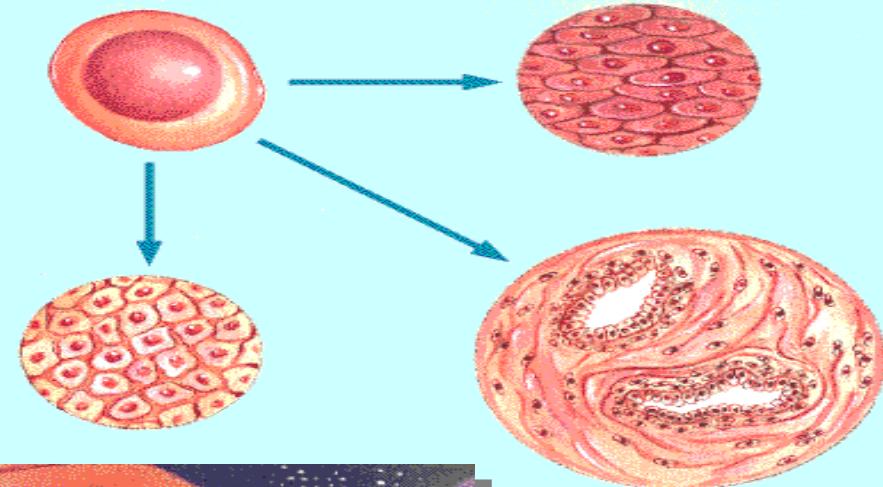
Aprimoramento no diagnóstico visual, avanço tecnológico
da laparoscopia, aliado à pesquisa científica, ampliaram
significativamente o reconhecimento da endometriose.

ETIOLOGIA

Teoria do Refluxo - Sampson 1927



Teoria da Metaplasia Celômica - Meyer 1919

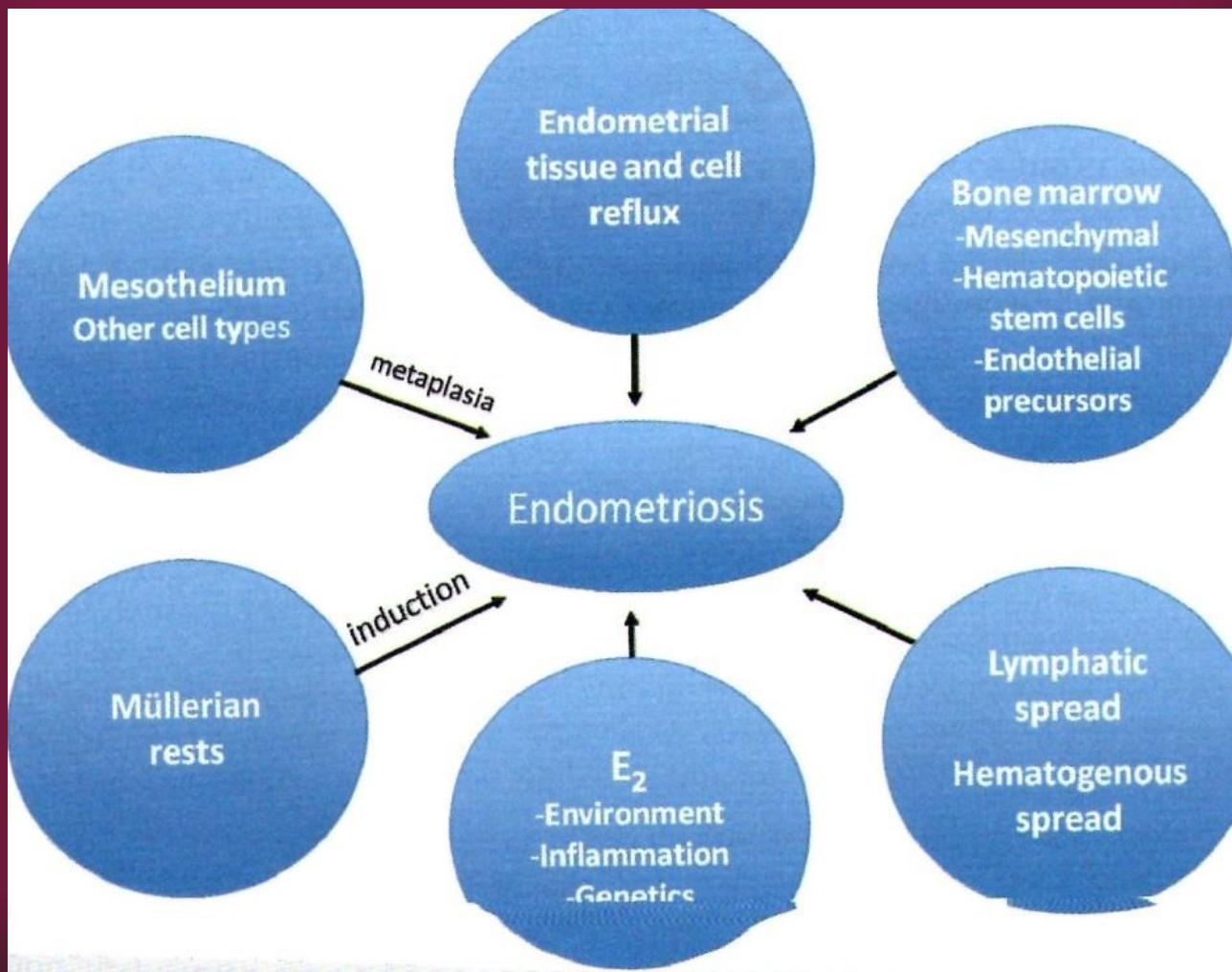


Teoria Imunológica - Steele 1984



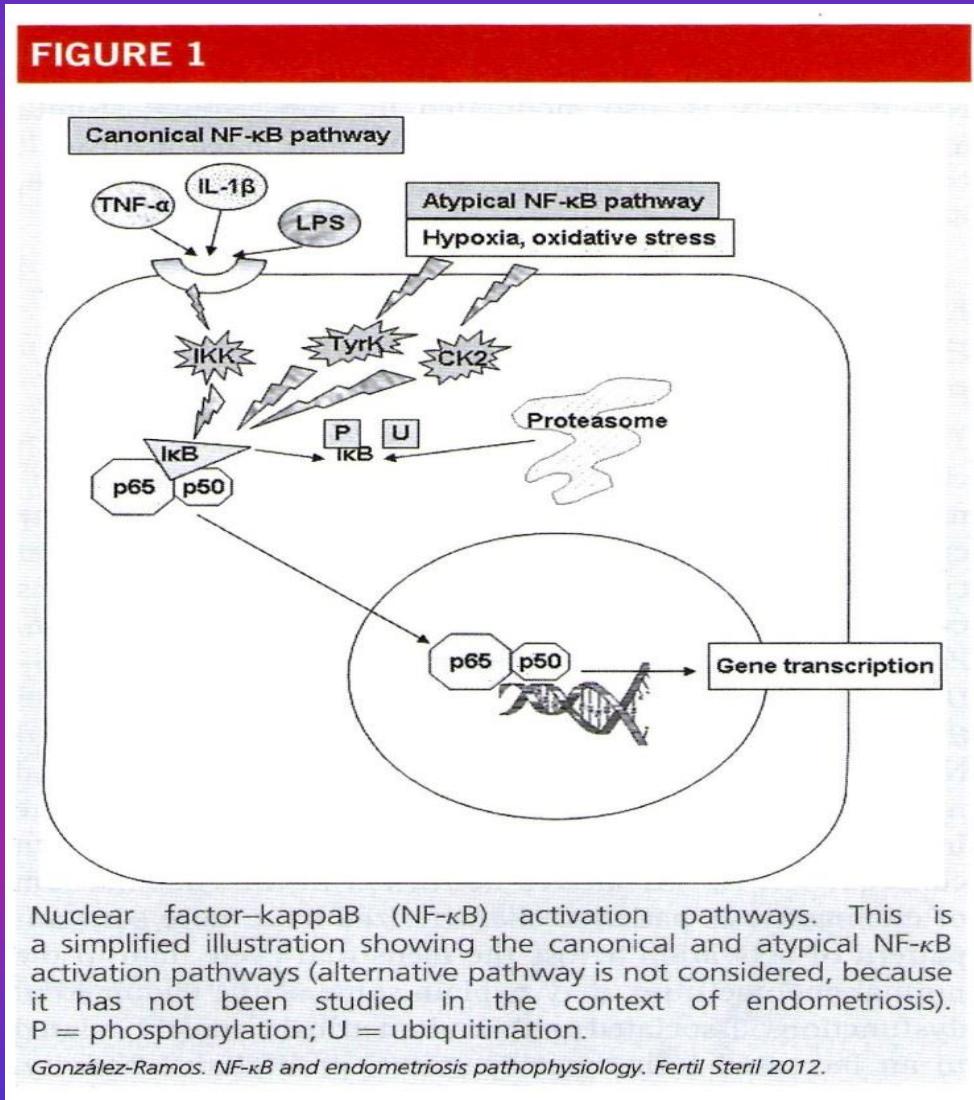
TNF alfa - Interleucinas - VEGF - MMP

ETIOLOGIA



ETIOLOGIA

FIGURE 1



jlm

LOCALIZAÇÃO DA ENDOMETRIOSE

Patologias distintas:

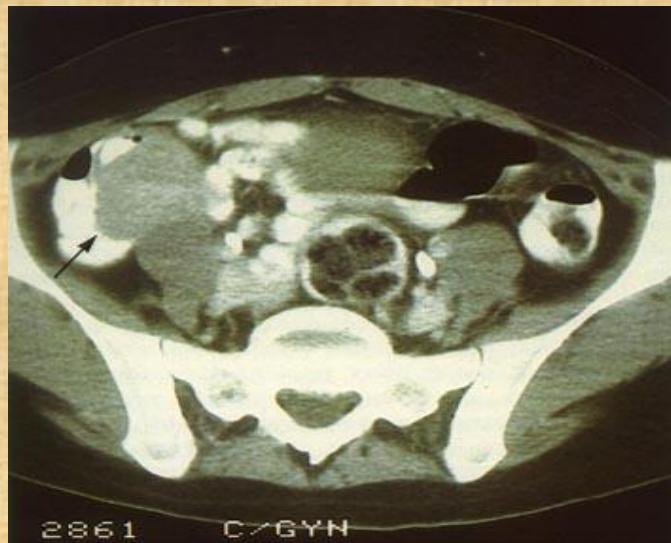
- Endometriose peritoneal
- Endometriose ovariana
- Endometriose profunda:
 - septo reto-vaginal
 - bexiga
 - intestino

ENDOMETRIOSE

Marcadores:

- ↗ CA 125 (glicoproteína) - até o 3º dia
- ↗ PP-14 (↑fase lútea; especificidade 96%; sensibilidade 59%)
- ↗ PEP (proteína endometrial dependente da progesterona)
- ↗ Propeptídeo Protocolágeno tipo III
- ↗ CA 19.9 - CA 15.3 - CEA = insatisfatórios
- ↗ Anticorpo anti-endométrio = sensibil. e especif. variável
- ↗ Anticorpo anti-cardiolipina (desencadeadores depósito fibrina)
- ↗ Proteína C reativa aumentada } Aumento de Interleucinas 1 e 6
- ↗ Proteína sérica amilóide A } Aumento fator necrose tumoral

MÉTODOS DE IMAGEM



TOMOGRAFIA



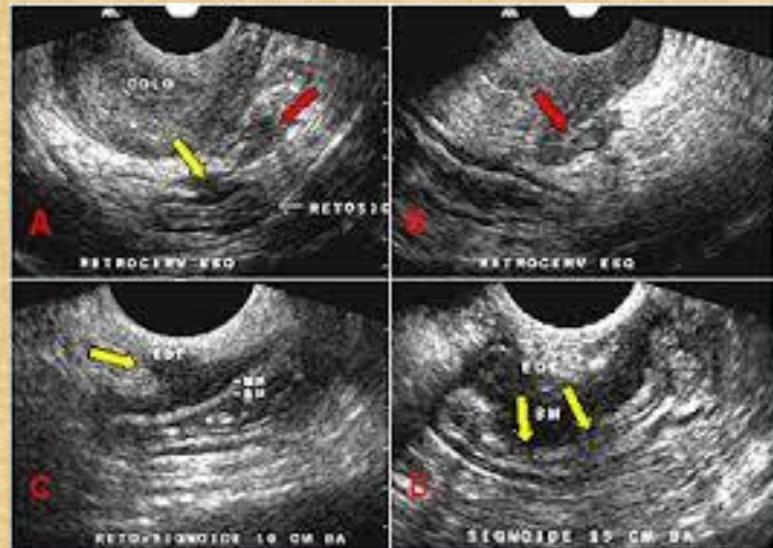
RESSONÂNCIA



ECOGRAFIA

jlm

MÉTODOS DE IMAGEM

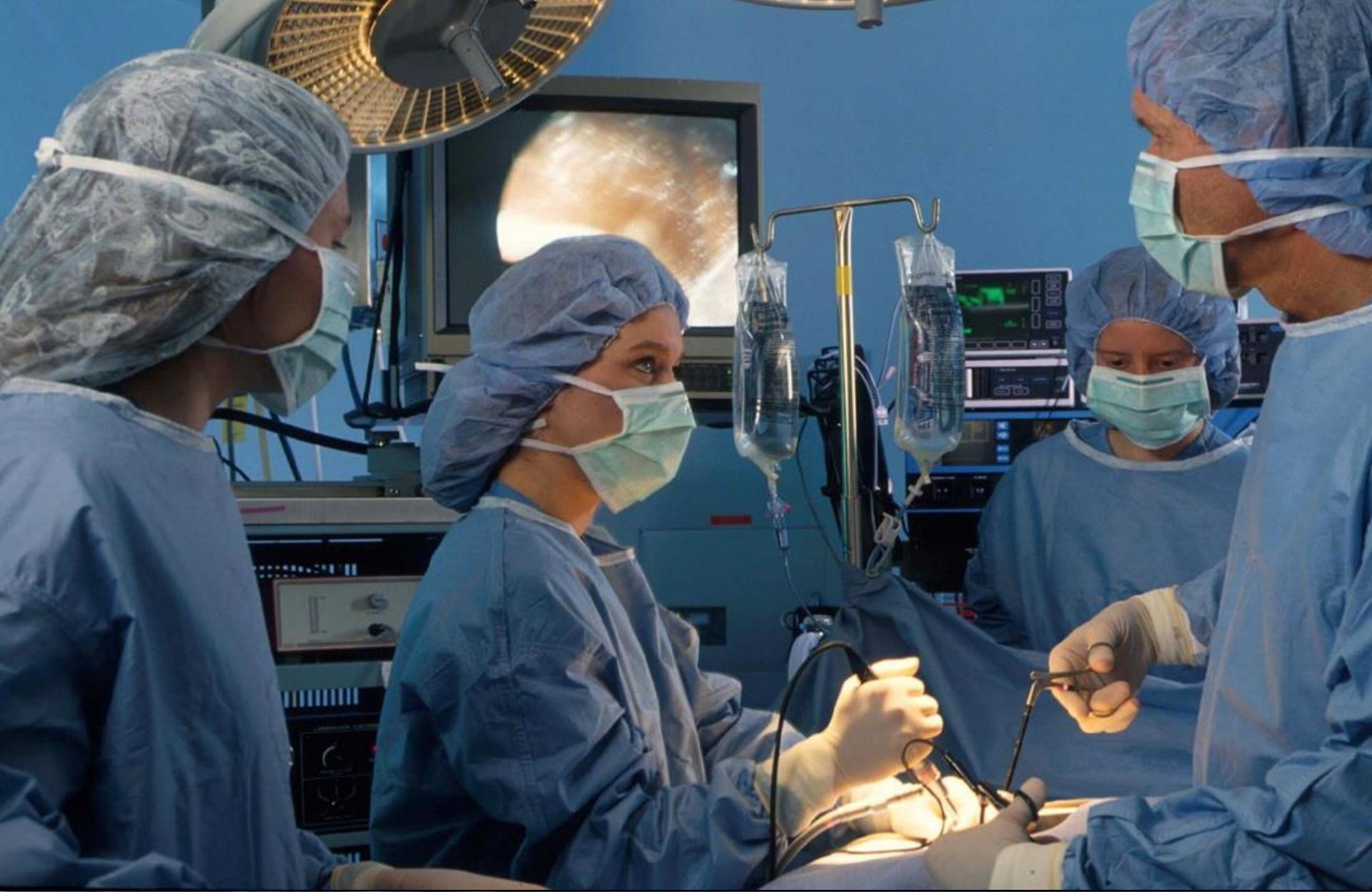


USTV com preparo

Melhor acurácia

sensibilidade de 98% e especificidade de 100% - Abrâao e col

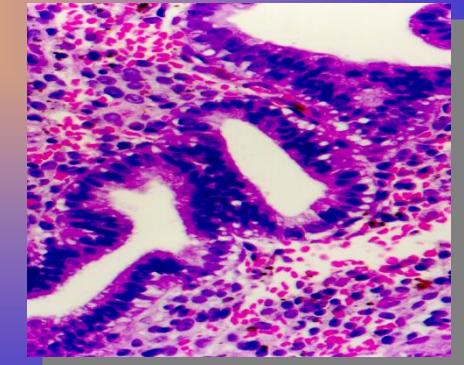
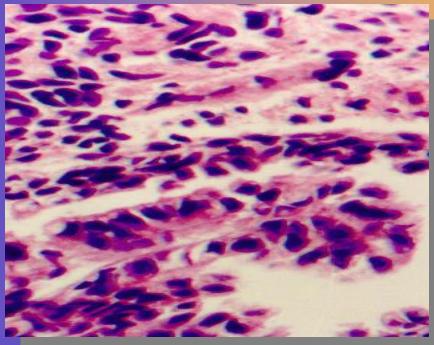
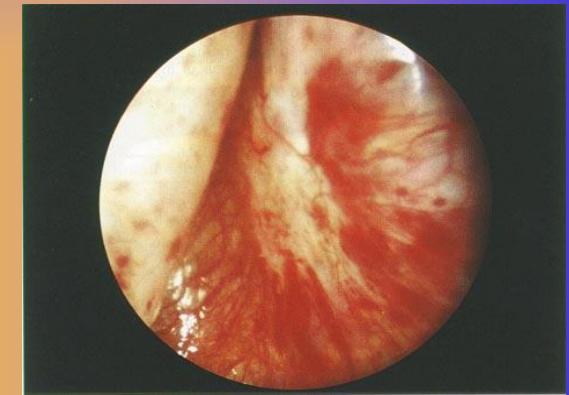
jlm



VIDEOLAPAROSCOPIA

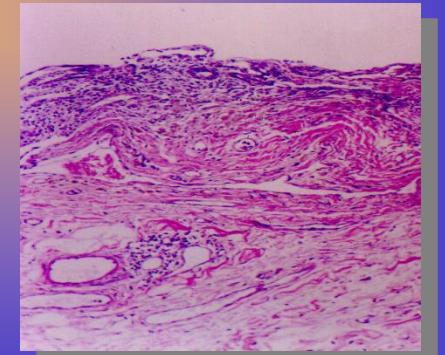
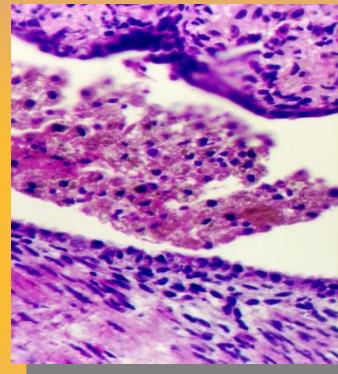
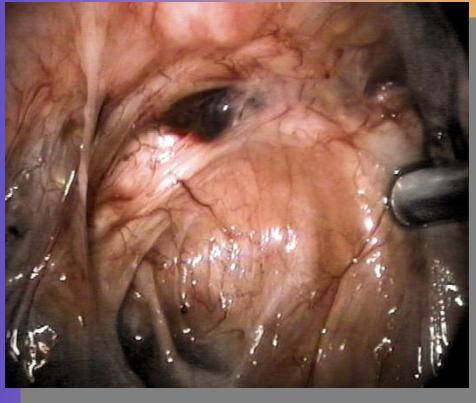
LESÕES VERMELHAS

Superficiais, atividade funcional grande com grande poder de agressividade, vascularização aumentada e estroma típico.



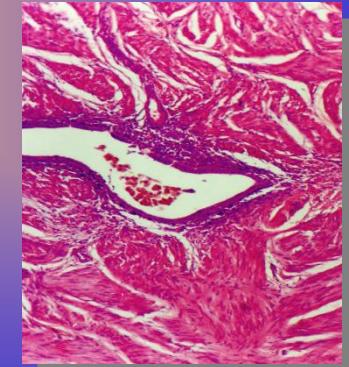
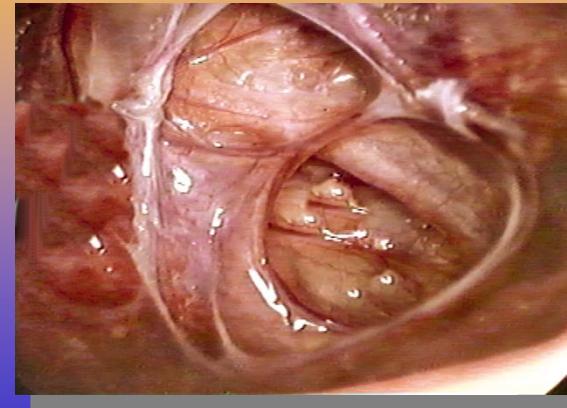
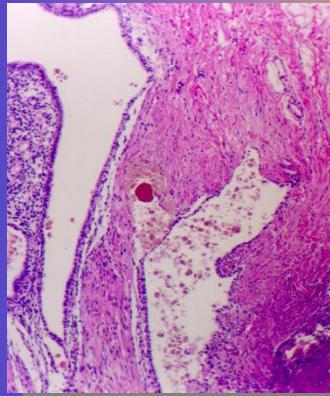
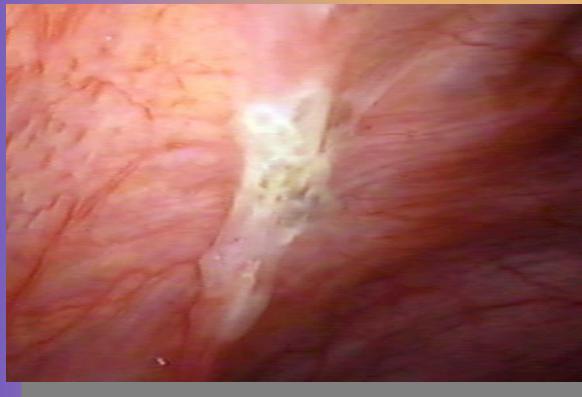
LESÕES NEGRAS

Tendência tornarem-se profundas, atividade funcional pobre, apresentam debríis intra-luminal e fibrose do estroma.

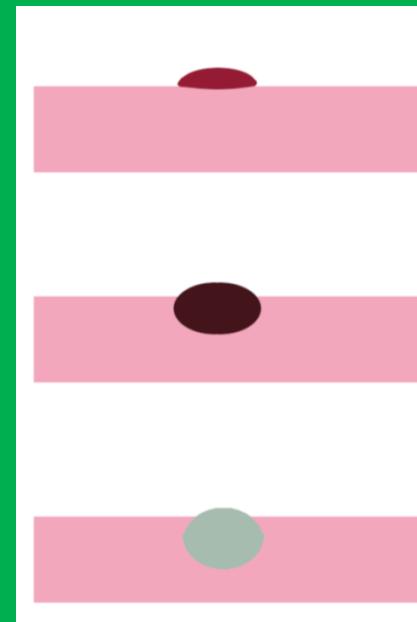


LESÕES BRANCAS

Tendência a tornarem-se profundas, epitélio não característico, estroma escasso e presença de fibrose.

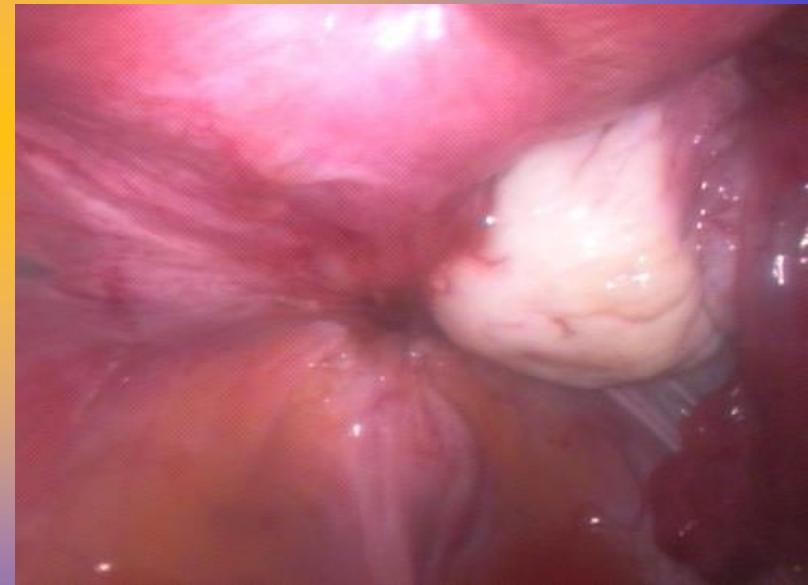


EVOLUÇÃO DA ENDOMETRIOSE



jlm

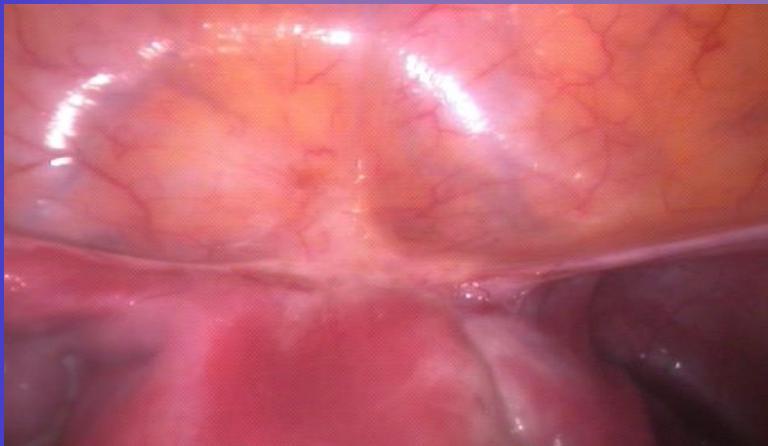
ENDOMETRIOSE SEPTO RETO-VAGINAL



Metaplasia de restos embrionários
Adenomiose externa

jlm

OUTRAS LOCALIZAÇÕES



BEXIGA



INTESTINO



jlm

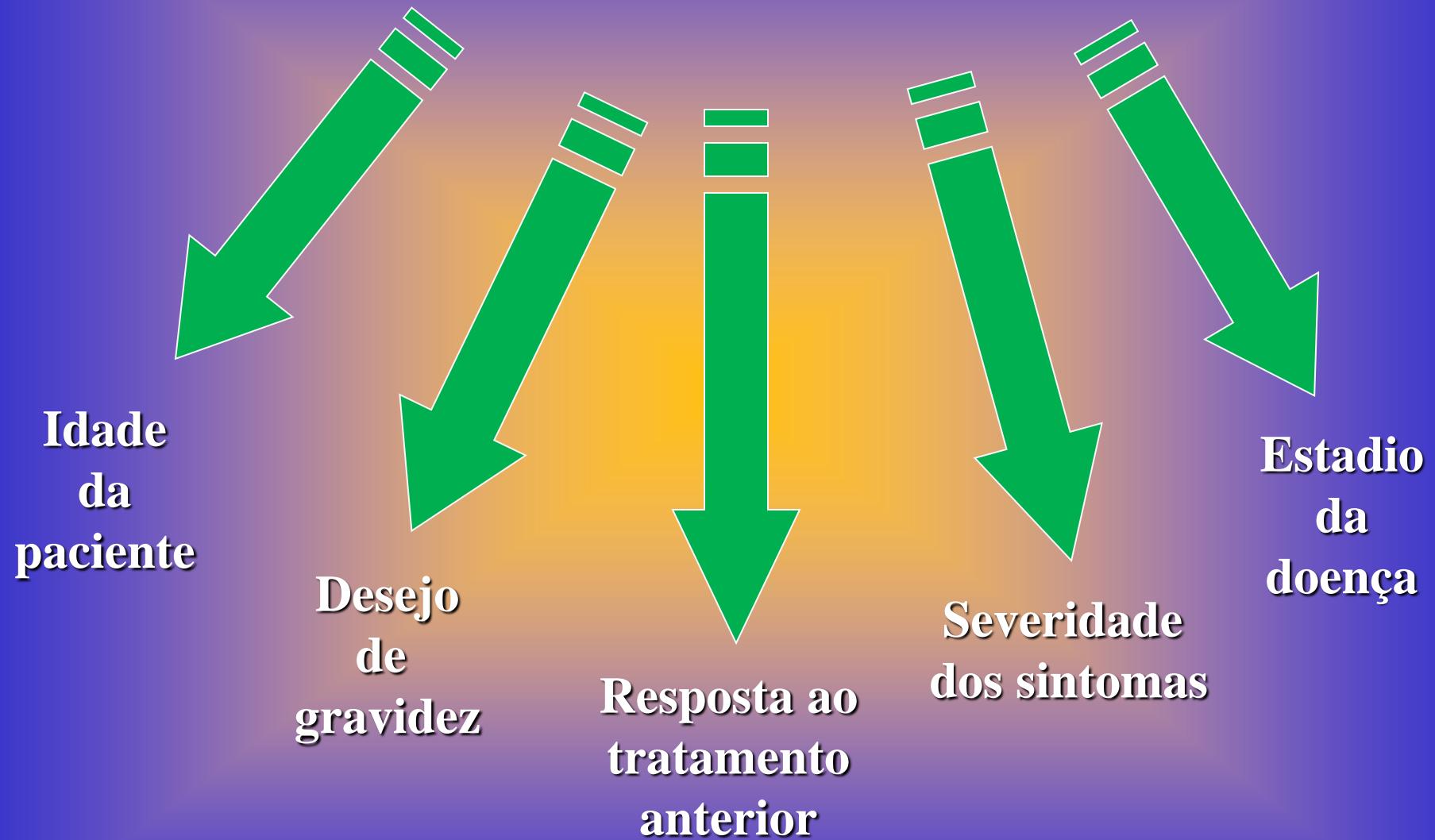
Abordagem de Tratamento

- ‘A endometriose deve ser vista como um doença crônica que requer um plano vitalício de gestão com o objetivo de maximizar o uso do tratamento médico e evitar procedimentos cirúrgicos repetidos’

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. *Fertil Steril* 2008.

jlm

TRATAMENTO



Indicações do Tto Cirúrgico

1. Qual a sintomatologia: Infertilidade? Dor?
2. Sempre nas lesões já percebidas!!
3. Paciente já manipulada?
4. Diagnóstico pré-operatório mais preciso possível!!
5. Preparo da equipe: - equipamento
- habilidade e treinamento

OBJETIVOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO

- REMOVER OU DESTRUIR OS IMPLANTES
- ALÍVIO DOS SINTOMAS
- MANTER OU RESTAURAR A ANATOMIA NORMAL
- MANTER OU RESTAURAR A FERTILIDADE
- EVITAR OU ATRASAR AS RECORRÊNCIAS

TRATAMENTO CLÍNICO

<p>Progesterona contínua AMP 30 mg/dia ou depot 150 mg 15/15 dias Noretisterona Recorrência de 16 a 27%</p> <p>E / P contínuo Pseudogravidez Para-efeito elevados Eficácia discutível Recorrência de 10 a 23%</p>	<p>Gestrinona 5 a 7,5mg /semana Eficácia discutível</p> <p>Danazol 600/800mg /dia Efeitos colaterais Trials clínicos sem efeito sobre fertilidade</p>	<p>Agonista GnRH Buserelin Nafarelin Leuprolide, Triptorelin Gosserrelin 1 ampola. mensal Efeitos colaterais: diminuição da libido, ondas de calor e secura vaginal</p>	<p>Dienogest Possui fortes efeitos progestogênicos no endométrio Efeitos antiandrogênicos Possui propriedades antiproliferativas, anti-inflamatórias e antiangiogênicas na endometriose experimental</p>
---	---	--	---

O que fazer na jovem oligossintomática?

1. BOA PERGUNTA!!!!
2. Com suspeita ou com diagnóstico?
3. Qual a queixa maior?
4. História familiar?
5. Perfil obstétrico!!

O que fazer na jovem oligossintomática?

1. Resolver ao máximo na 1^a VL.
2. Tto de manutenção baseado em amenorréia.
3. Escolha da formulação medicamentosa.
4. Mirena.

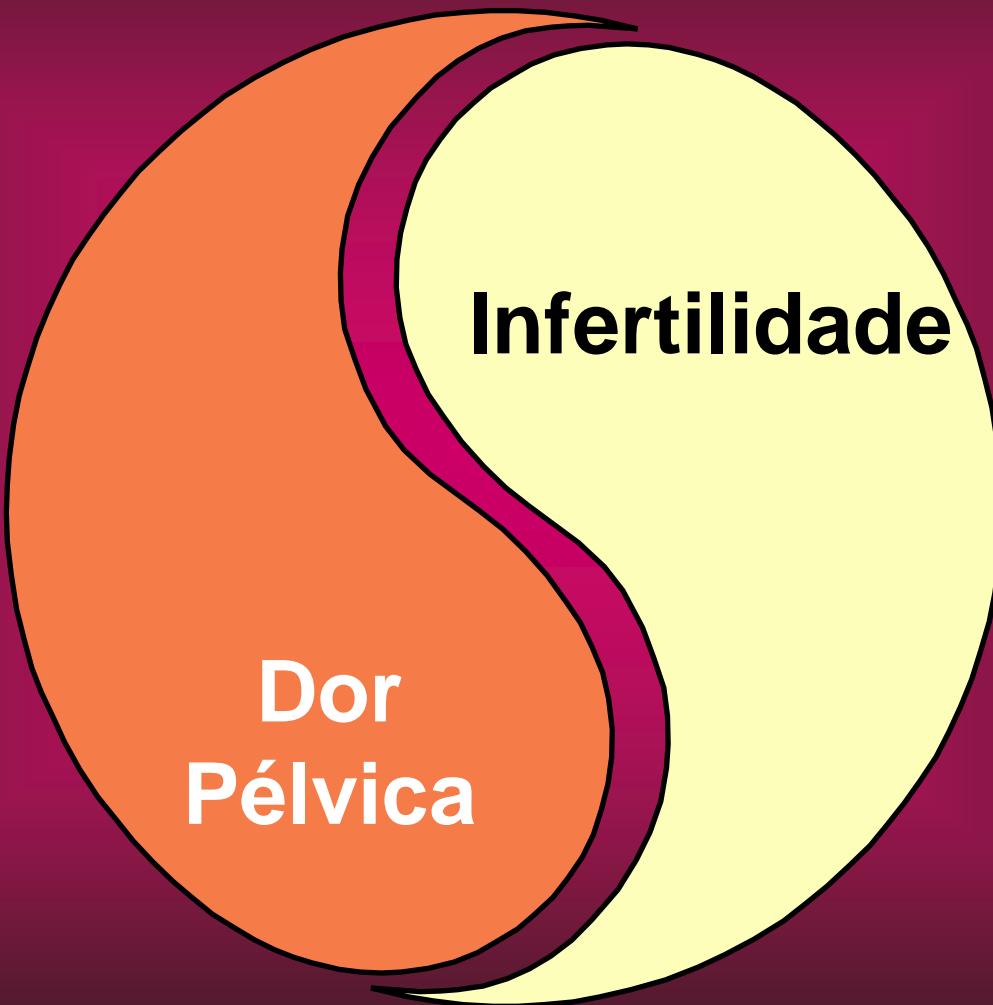
Prevenção é possível?

- ✓ Atentar para a história familiar
- ✓ Instituir atividades que reduzam a incidência
- ✓ Não demorar para realizar a videolaparoscopia
- ✓ Não temer a amenorréia
- ✓ Orientar quanto a preservação da fertilidade

Como monitorar o tto?

- ✓ Controle clínico com atenção às queixas iniciais.
- ✓ Exame físico detalhado.
- ✓ Esqueçam o CA 125.
- ✓ Nos casos grau III e IV repetir o US com preparo
- ✓ Chegando-se à gestação nas inférteis

TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE



jlm

ABORDAGEM DOS ENDOMETRIOMAS

- Expectante.
- Tratamento medicamentoso.
- ~~Drenagem guiada por ultra-som.~~
- Fenestração/drenagem e coagulação com bipolar ou laser.
- Cistectomia laparoscópica.
- Ooforectomia laparoscópica ou laparotômica.

DEVEMOS SEMPRE OPERAR?

SIM

**Inférteis nunca manipuladas
Com prole definida e com dor**

jlm

Atualmente qual parece ser a melhor técnica cirúrgica?

- Nas pacientes com prole e realizando cirurgia por dor Cistectomia com preservação ovariana
- Nas inférteis em 1^a intervenção ressecar a capsula preservando a porção no hilo ovariano.
- Usar o minimo possível de corrente elétrica.
- Fechamento ovariano com endosutura

ENDOMETRIOMA OVÁRIO

EXCISÃO
DA
CÁPSULA

DESTRUIÇÃO
DA
CÁPSULA

Recurrência de sintomas menor
Taxa de gravidez maior

Bereta e col.

Fertil&Steril 1998, 70:1176-80

Taxa de gravidez maior
Tempo para a gravidez menor

Hemmings e col

Fertil & Steril 1998, 70:527-29

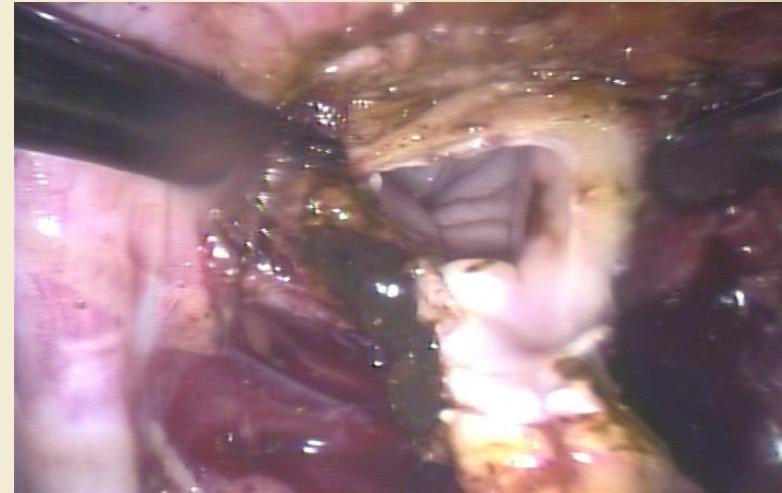
QUANDO A CONDUTA EXPECTANTE PODE SER ACEITÁVEL?

- Endometriomas com 3 – 4 cm, suspeitados pelo ultra-som de serem endometriomas, assintomáticos, em pacientes sem desejo de gravidez, com CA 125 normal e sem crescimento, com ou sem uso de contraceptivos orais.
- Pacientes com recorrência de endometriomas com 3 – 4 cm assintomáticas, com CA 125 normal, sem desejo de gravidez ou estão indo para FIV.

Conduta na endometriose profunda

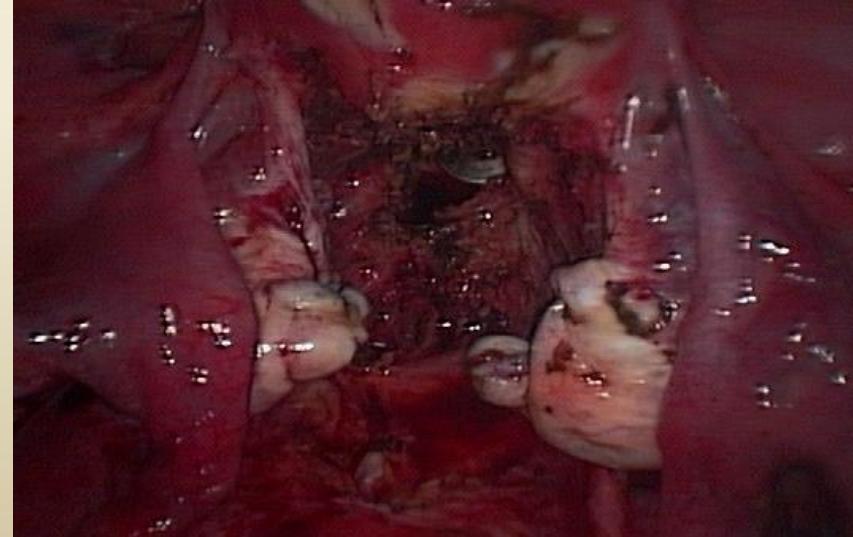
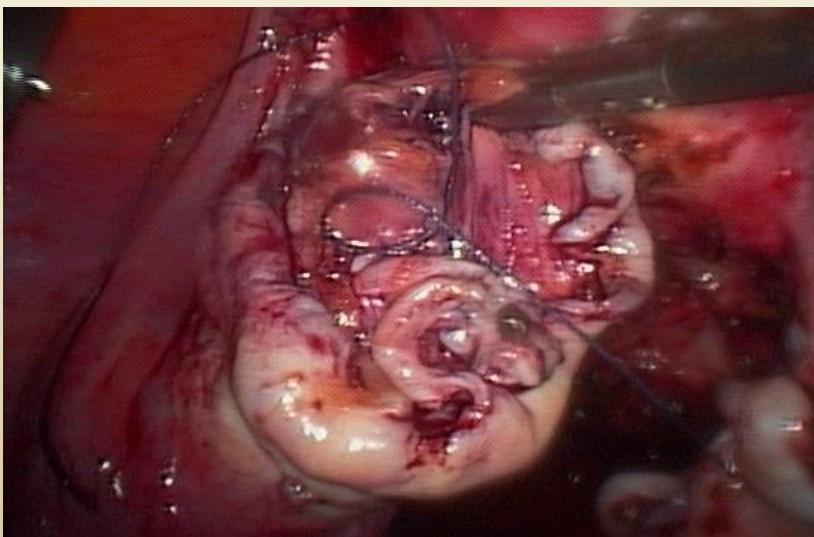
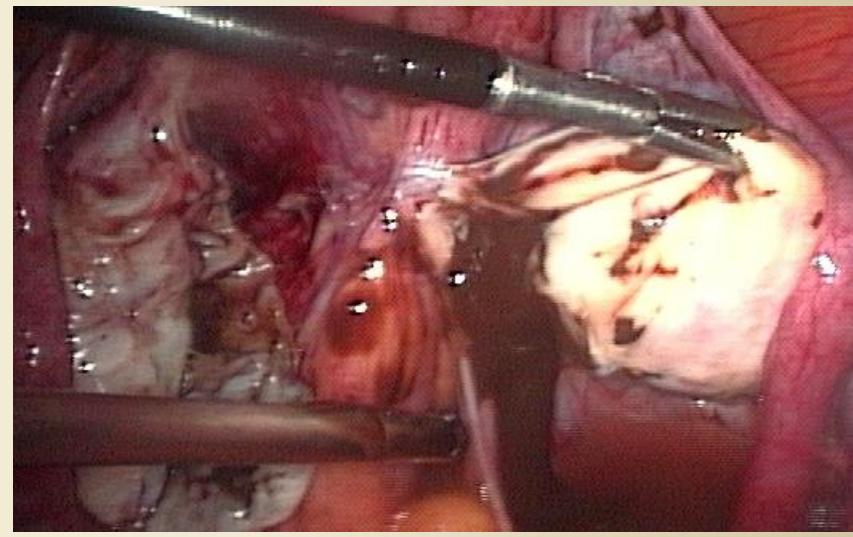
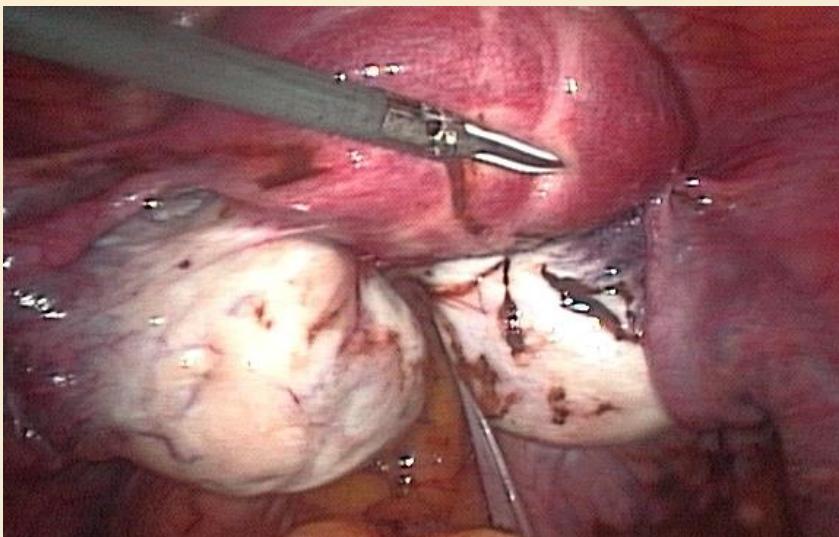
- Ressecção cirúrgica primária!
- Preparo da paciente.
- Preparo da equipe e equipamentos.
- Evitar reintervenções.

Conduta na endometriose profunda

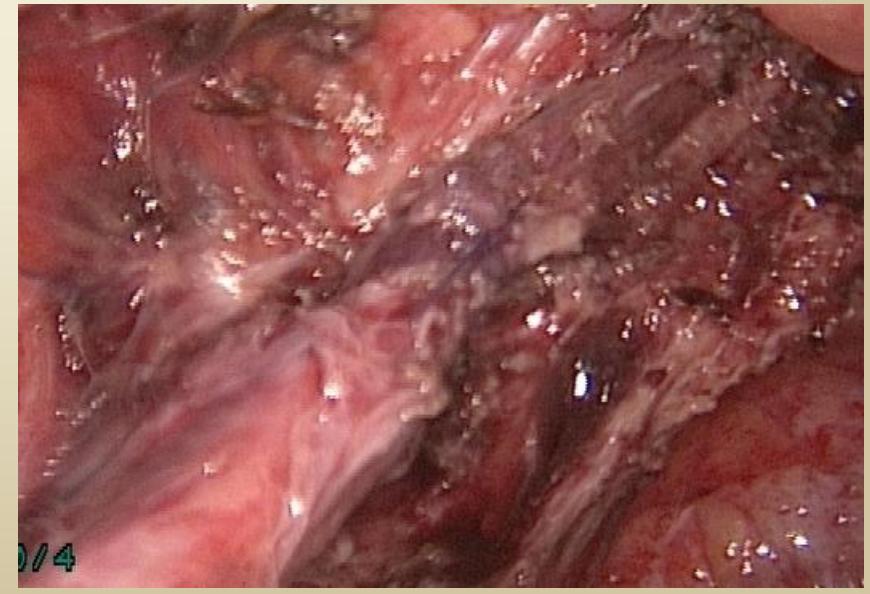
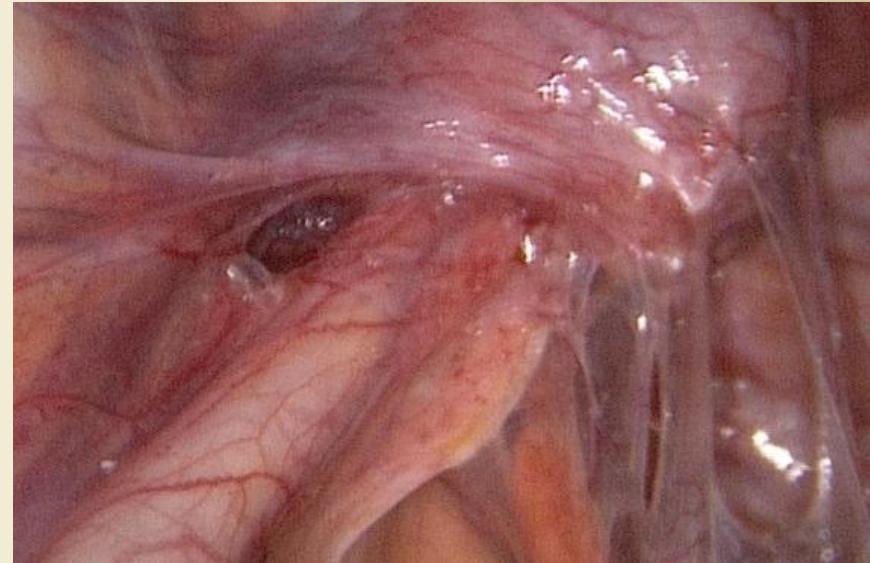
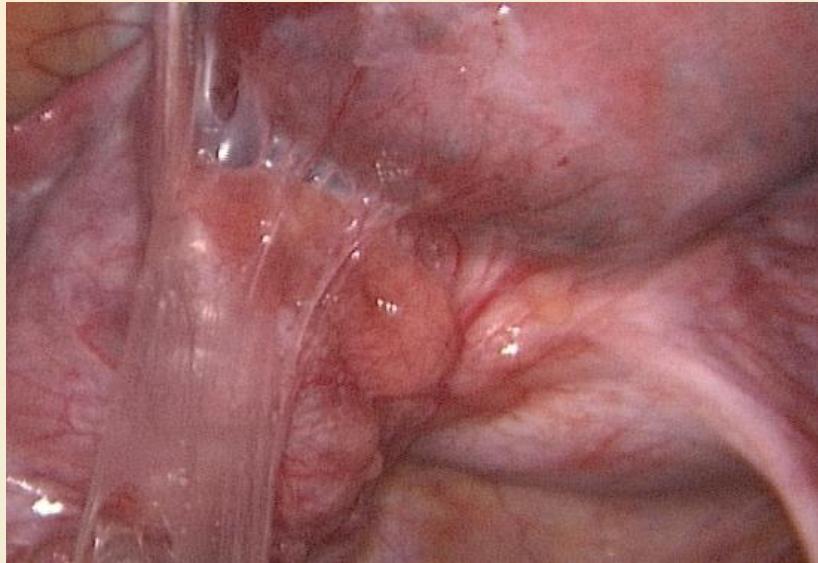


jlm

Conduta na endometriose profunda

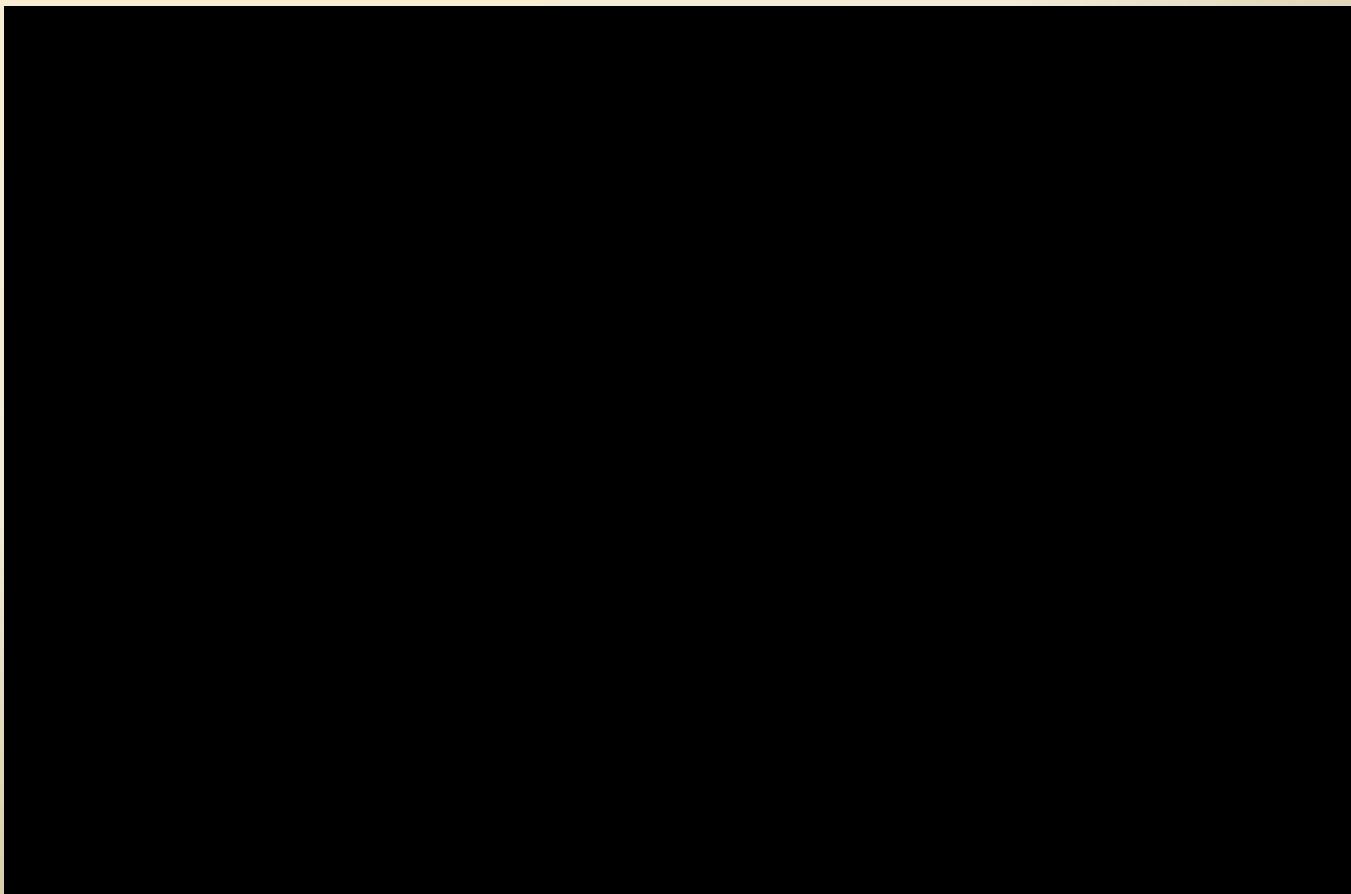


Conduta na endometriose profunda



Conduta na endometriose profunda

EVITAR INTERVENÇÕES PALIATIVAS



jlm



APOIO
PSICOLÓGICO

TRATAMENTO
MANUTENÇÃO

TRATAMENTO
CIRÚRGICO

TRATAMENTO
CLÍNICO

ORIENTAÇÃO
COMPLEMENTAR

Há, verdadeiramente, duas coisas diferentes: saber e crer que se sabe. A ciência consiste em saber; em crer que se sabe está a ignorância.

Hipócrates



MUITO OBRIGADO!!!

Fec^ondare